

# KVBIINFOS 03|13

## ABRECHNUNG

- 26 Die nächsten Zahlungstermine
- 26 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013
- 28 EBM-Änderungen zum 1. April 2013
- 31 Abrechnung von Anästhesien/ Narkosen
- 33 Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-Bereich
- 33 Änderung der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“
- 33 Zusatzvereinbarungen zur Pflegeheimversorgung

## VERORDNUNGEN

- 34 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 34 Verordnung eines Mehrfachen einer Packungsgröße
- 34 Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus

- 35 Praxisbesonderheiten bei Langfristverordnungen

- 35 Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung

- 36 Verordnungsseminare im April 2013

## QUALITÄT

- 37 DMP: Kooperationspartner koordinierender Hausärzte überprüfen

- 37 Neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- 38 DMP-Feedbackberichte zweites Halbjahr 2012

- 38 Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

## ALLGEMEINES

- 39 Überweisungen nach Wegfall der Praxisgebühr
- 40 Vertragsärztliche Fortbildungspflicht
- 40 Vertretung wegen Kindererziehung
- 41 Beschäftigung von Praxisassistenten
- 41 Umzug der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken
- 42 Metformin bei Typ-2-Diabetes: LMU sucht Studienteilnehmer

## SEMINARE

- 43 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 44 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 46 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

- 11. März 2013**  
Abschlagszahlung Februar 2013
- 10. April 2013**  
Abschlagszahlung März 2013
- 30. April 2013**  
Restzahlung 4/2012
- 10. Mai 2013**  
Abschlagszahlung April 2013
- 10. Juni 2013**  
Abschlagszahlung Mai 2013
- 10. Juli 2013**  
Abschlagszahlung Juni 2013
- 31. Juli 2013**  
Restzahlung 1/2013
- 12. August 2013**  
Abschlagszahlung Juli 2013
- 10. September 2013**  
Abschlagszahlung August 2013
- 10. Oktober 2013**  
Abschlagszahlung September 2013
- 31. Oktober 2013**  
Restzahlung 2/2013
- 11. November 2013**  
Abschlagszahlung Oktober 2013
- 10. Dezember 2013**  
Abschlagszahlung November 2013

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2013 bis spätestens **Mittwoch, den 10. April 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](http://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 (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 Richtigstellungsmittlung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

Die Gesamtversion finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „A“*.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Abrechnungskorrekturen“  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

### Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unter-

schriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter [www.kvb.de](http://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](http://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](mailto:Terminverlaengerung@kvb.de) oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. April 2013** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebsscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonographie in der Schwangerschaftsvorsorge.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 11

E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

#### **Notarzteinsätze über emDoc**

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „Notarzdienst-Abrechnung“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Notarzdienst-Abrechnung*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25

E-Mail [emDoc@kvb.de](mailto:emDoc@kvb.de)

## EBM-Änderungen zum 1. April 2013

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 290. und 297. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2013 beschlossen. Die wichtigsten Änderungen einschließlich der Bewertungen nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) haben wir für Sie nachfolgend zusammengefasst.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse eingestellt. Sie wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 51-52 vom 24. Dezember 2012 und Heft 3 vom 18. Januar 2013 veröffentlicht. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### CT-gesteuerte Intervention – Einführung indikationsbezogener Gebührenordnungspositionen

Zur Vergütung der CT-gesteuerten Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen in beziehungsweise an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 34502 von den zwei neuen GOPen 34504 und 34505 abgelöst. Die Bewertungen und Leistungsinhalte der neuen GOPen entsprechen denen der bisherigen GOP 34502; neu ist ein Indikationsbezug der Leistungen. Der Bewertungsausschuss hat mit diesem Beschluss die Anforderungen an die Erbringung von CT/

MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen, die für die ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten, auch für die ambulant tätigen Vertragsärzte übernommen.

**GOP 34502 – gestrichen**  
**NEU: GOP 34504 – CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangenem interdisziplinärer Diagnostik**

- EBM-Bewertung: 2.790 Punkte
- Preis BEGO: 98,66 Euro
- Nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.
- Abrechnungsausschlüsse wie bei alter GOP 34502 und nicht neben der neuen GOP 34505 berechnungsfähig.

Die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 34504 sind in der neu aufgenommenen Präambel 34.5 Punkte 1 bis 4 festgelegt:

- Der Arzt, der die Gebührenordnungsposition 34504 erbringt, muss entweder
  - selbst über die Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen oder
  - auf Überweisung eines Vertragsarztes tätig werden, der über eine Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V oder die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt. Eine Über-

weisung kann nur bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose erfolgen (Angabe der ICD-GM-Diagnose mit Zusatzkennzeichen „G“).

- Die Leistung nach GOP 34504 darf zudem nicht solitär, sondern nur im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes erbracht werden. Sie ist nicht abrechnungsfähig bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil.
- Die GOP 34504 kann nicht für Interventionen in beziehungsweise an (einer) Bandscheibe(n) (zum Beispiel Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnet werden.
- Für die Abrechnung der GOP 34504 muss zudem die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V vorliegen (Präambel 34.1 Nr. 2 EBM).

**NEU: GOP 34505 – CT-gesteuerte Intervention(en)**

- EBM-Bewertung: 2.790 Punkte
- Preis BEGO: 98,66 Euro
- Nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.
- Abrechnungsausschlüsse wie bei alter GOP 34502 sowie neu nicht neben der GOP 02360 (Anwendung von Lokalanästhetika) und GOP 34504 berechnungsfähig.
- Für die Abrechnung der GOP 34505 muss die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Computertomographie im Rahmen der vertrags-

ärztlichen Versorgung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V vorliegen (Präambel 34.1 Nr. 2 EBM).

- Nur bei Vorliegen einer der nachfolgenden Erkrankungen (ICD-Angabe) berechnungsfähig:
  - Neubildungen (C00-D48) sowie
  - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bei bestimmten Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90).

Für die Abrechnung der GOP 34505 bei anderen Erkrankungen ist eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall erforderlich. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

- Nicht für Interventionen in beziehungsweise an (einer) Bandscheibe(n) (zum Beispiel Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig.

(siehe Tabelle, Seite 30)

**GOP 34503 bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule – einmal am Behandlungstag berechnungsfähig**

Die Berechnungsfähigkeit der GOP wird von „je Sitzung“ auf „einmal am Behandlungstag“ geändert. Statt des bisherigen Abrechnungsausschlusses zur GOP 34502 gilt dieser nun für die neuen GOPen 34504 und 34505 (siehe Änderung der Leistungslegende, Abrechnungsbestimmung und Ausschlüsse zur GOP 34503).

**Präambeln Abschnitte 31.3.1 und 36.3.1 – Anpassung der Abrechnungsausschlüsse**

Im Zuge der Neueinführung der GOPen 34504 und 34505 wird der bisherige Bezug des Abrechnungsausschlusses zu den postoperativen Überwachungskomplexen der Abschnitte 31.3 und 36.3 von der GOP 34502 auf die neuen GOPen 34504 und 34505 geändert (siehe Änderung der Präambel Nr. 2 der Abschnitte 31.3.1 und 36.3.1).

**Anhang 2 – Streichung des OPS-Codes 5-830.2 (Facettendenervation)**

Die Berechnung des OPS-Codes 5-830.2 setzt eine offen-chirurgische Durchführung gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraus. Dieser wurde in der Vergangenheit auch bei Durchführung mit minimalinvasiver Technik abgerechnet. Der OPS-Code wird nun gestrichen, sodass die Abrechnung einer minimalinvasiven Facettendenervation nur noch über die GOP des Abschnitts 34.5 EBM möglich ist.

**Labor – Änderungen bei Wirtschaftlichkeitsbonus und Laborbudgets (siehe Änderung der GOP 32001 in Abschnitt 32.1 sowie der Präambeln der Abschnitte 32.2 und 32.3)**

Wirtschaftlichkeitsbonus und Laborbudget – je kurativ-ambulanten Behandlungsfall  
Ab dem Quartal 2/2013 wird der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 nicht mehr je Arztfall, sondern je kurativ ambulanten Behandlungsfall gewährt. Auch die Berechnung der Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 erfolgt dann auf Basis der kurativ ambulanten Behandlungsfälle der Arztpraxis statt wie bisher auf

Basis der kurativ ambulanten Arztfälle des Vertragsarztes.

Fälle mit Kennnummern (32005 bis 32023) bleiben bei der Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus unberücksichtigt  
Kurativ ambulante Behandlungsfälle mit den Kennnummern für Ausnahmeindikationen (GOPen 32005 bis 32023) nach der Präambel Nr. 6 des Abschnittes 32.2 werden bei der Fallzählung für den Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 nicht mehr berücksichtigt. In Fällen, in denen eine Ausnahmekennnummer angegeben ist, wird somit der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht mehr zugefügt.

**(Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten – anteilige Berechnung**

Bei (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 und der Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 für die Ärzte anteilig berechnet. So wird die Höhe der Leistungsbewertung der GOP 32001 als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Leistungsbewertung der GOP 32001 der beteiligten Ärzte errechnet. Desgleichen ergibt sich die Höhe der Fallpunktzahl je Versicherungengruppe nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 aus der Summe der Produkte des relativen Anteils der jeweiligen Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der beteiligten Ärzte.

**Ermächtigte Ärzte**

Für ermächtigte Ärzte werden die Regelungen über die Zuordnung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 und der Fallpunktzahlen für die Laborbudgets nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 konkretisiert. Dies wird von der KVB bereits seit längerer Zeit so umgesetzt.

**Berücksichtigung der an Selektivverträgen teilnehmenden Patienten bei Laborbudget und Wirtschaftlichkeitsbonus**

In Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte, für die keine Leistungen über die KVB abgerechnet

werden, sind bei der Berechnung des Laborbudgets gemäß Abschnitt 32.3 und des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 zu berücksichtigen. Auch dies stellt im Bereich der KVB keine Neuerung dar. Die betroffenen Hausärzte wurden bereits mit Schreiben vom 31. März 2011 über die Anrechnung kurativ ambulanter Behandlungsfälle von in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten informiert.

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

**Anhang 3 zum EBM – Streichung der GOP 34502 und Neuaufnahme der GOPen 34504 und 34505**

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34502	CT-gesteuerte Interventionen	25	25	Tages- und Quartalsprofil
34504	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Interventionen(en)	25	25	Tages- und Quartalsprofil
34505	CT-gesteuerte Interventionen(en)	25	25	Tages- und Quartalsprofil

## Abrechnung von Anästhesien/Narkosen

### Geburt

Anästhesien/Narkosen im Zusammenhang mit Geburten finden Sie unter Abschnitt 5.4 EBM. Hiernach können Sie unter anderem folgende Leistungen abrechnen:

#### GOP 05360 EBM

Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 08411 bis 08416 EBM

#### GOP 05361 EBM

Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistung, entsprechend der GOP 05360 EBM

#### GOP 05370 EBM

Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der GOP 08415 EBM

#### GOP 05371 EBM

Zuschlag zu der GOP 05370 EBM bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

#### GOP 05372 EBM

Beobachtung und Betreuung eines Patienten im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 05370 EBM

Bitte beachten Sie, dass Anästhesien/Narkosen aus dem Kapitel 5 EBM nicht im Zusammenhang mit GOPen des Abschnitts 31.2 EBM (ambulante Operationen) und des Abschnitts 36.2 EBM (belegärztliche Operationen) abgerechnet werden können.

Zusätzlich ist bei den GOPen 05361,

05370 und 05371 EBM zu berücksichtigen, dass eine Abrechnung neben den GOPen des Abschnitts 5.3 EBM nicht möglich ist.

Für die GOP 05360 EBM liegt bei den GOPen 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM des Abschnitts 5.3 EBM ein Leistungsausschluss vor.

### Schwangerschaftsabbruch

Ein Schwangerschaftsabbruch stellt nur bei medizinischer oder kriminologischer Indikation nach Paragraph 24b Absatz 1 und Absatz 2 SGB V eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Liegt eine entsprechende Indikation vor, sind nachfolgende Leistungen nach Abschnitt 1.7.7 EBM abrechnungsfähig:

#### GOP 01903 EBM

Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der GOP 01913 EBM

#### GOP 01913 EBM

Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch

#### GOP 01910 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (Dauer länger als zwei Stunden)

#### GOP 01911 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs (Dauer länger als vier Stunden), jedoch nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der GOP 01906 EBM

Bitte beachten Sie, dass Narkosen nach der GOP 01913 EBM in derselben Sitzung nicht neben GOPen des Abschnitts 5.3, des Abschnitts 31.5.3 oder des Abschnitts 36.5.3 EBM erbracht und abgerechnet werden können.

### Sterilisation

Eine Sterilisation gehört in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung des Patienten und ist seit dem Jahr 2004 keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr.

Anders verhält es sich bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation. Diese stellt eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Anästhesien/Narkosen im Zusammenhang mit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation finden Sie unter Abschnitt 1.7.6 EBM. Hiernach können Sie unter anderem folgende Leistungen abrechnen:

#### GOP 01852 EBM

Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der GOP 01856 EBM

#### GOP 01856 EBM

Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation

#### GOP 01857 EBM

Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 01856 EBM

Bitte beachten Sie, dass Narkosen nach der GOP 01856 EBM in derselben Sitzung nicht neben GOPen

des Abschnitts 5.3, des Abschnitts 31.5.3 oder des Abschnitts 36.5.3 EBM erbracht und abgerechnet werden können.

### Zahnärztliche Behandlung

Die Erbringung von Anästhesien/Narkosen nach Abschnitt 5.3 EBM (GOP 05330 EBM) im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen ist nur berechnungsfähig bei:

- Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 (Definierte operative Eingriffe der Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie) des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist (jedoch nur für den Fall, dass der MKG-Chirurg den Eingriff über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet).

Bitte beachten Sie, dass Anästhesien/Narkosen aus dem Kapitel 5 EBM nicht im Zusammenhang mit GOPen des Abschnitts 31.2 EBM (ambulante Operationen) und des Abschnitts 36.2 EBM (belegärztliche Operationen) abgerechnet werden können.

### Ambulante Anästhesie/Narkose

Die Abrechnung von Anästhesien/Narkosen des Abschnitts 31.5.3 EBM setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Operation entsprechend einer GOP des Abschnitts 31.2 EBM erbringt und abrechnet.

### Belegärztliche Anästhesie/Narkose

Werden Anästhesien/Narkosen in belegärztlichen Fällen erbracht, sind diese seit dem Quartal 2/2007 nicht mehr über den Abschnitt 31.5.3 EBM, sondern über den entsprechend geschaffenen Abschnitt 36.5.3 EBM abrechnungsfähig.

Daher setzt auch die Abrechnung von Anästhesien/Narkosen des Abschnitts 36.5.3 EBM voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Operation entsprechend einer GOP des Abschnitts 36.2 EBM erbringt und abrechnet.

### Zuordnung der operativen Prozeduren nach Paragraph 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36 EBM

Der EBM Anhang 2 umfasst die nach OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) kodierten operativen Eingriffe sowie die zugeordneten Narkoseleistungen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 EBM und der postoperativen Überwachungskomplexe der Abschnitte 31.3 und 36.3 EBM. Die Zuordnung zu den OP-Kategorien gilt für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen.

Erfolgen mehrere operative Eingriffe unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operati-

ven Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff abgerechnet werden (siehe Anhang 2 zum EBM, Präambel 2.1 Nr. 2). Für den Anästhesisten bedeutet dies, dass nur die entsprechende Anästhesie/Narkose für den am höchsten bewerteten Eingriff abgerechnet werden kann.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Ott unter  
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52  
 E-Mail Christine.Ott@kvb.de



## Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-Bereich

Bitte beachten Sie, dass kleinchirurgische Eingriffe nach den Gebührenordnungspositionen 09360 und 09361 beziehungsweise 02300 und 02301 nicht für die Entfernung von Cerumen aus dem Gehörgang abgerechnet werden können. Bei der Abrechnung dieser Leistungen wird als Diagnose häufig „Zeruminalpfropf“ angegeben und führt deshalb im Rahmen der Honorarprüfung häufig zu Rückforderungen dieser Leistungen.

Die Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen ist im Anhang 1 der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen aufgeführt. Diese Leistung ist in der Versichertenpauschale beziehungsweise Grundpauschale enthalten und deshalb als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.

Ebenso kann die Entfernung eines nicht feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle als selbstständige Leistung nicht abgerechnet werden. Diese Leistung ist ebenfalls in den Versicherten- beziehungsweise Grundpauschalen enthalten.

Bei Fragen erreichen Sie unsere  
Expertin Barbara Riedle  
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 72  
E-Mail Barbara.Riedle@kvb.de

## Änderung der Richtlinien „Künstliche Befruchtung“

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Wirkung zum 18. Dezember 2012 die Richtlinien über künstliche Befruchtung geändert und die Zählweise von Versuchen bei einer künstlichen Befruchtung konkretisiert.

Paare, die bereits durch künstliche Befruchtung Eltern geworden sind und sich ein weiteres Kind wünschen, haben erneut Anspruch auf die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bis zur jeweils festgelegten Höchstzahl erfolgloser Versuche. Die der Geburt vorangegangenen Behandlungsversuche werden dabei nicht angerechnet, das heißt, nach der Geburt (Lebend- oder Totgeburt) eines Kindes wird der „Zähler der Versuche auf Null“ gesetzt.

Die aktualisierten Richtlinien finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien](http://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien).

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

## Zusatzvereinbarung zur Pflegeheimversorgung

Wir möchten Sie erneut darauf aufmerksam machen, dass für AOK-Patienten im Geriatrischen Praxisverbund eine Einschreibung notwendig ist. Nur wenn Patienten eingeschrieben sind, kann die Gebührenordnungsposition 97960 (25 Euro pro Quartal und eigenem AOK-Patienten) abgerechnet werden.

Das Einschreibeformular bestellt die Praxis mit der individuellen AOK-Vertragsnummer über den Kohlhammer-Verlag und sendet dieses ausgefüllt an:

AOK – die Gesundheitskasse Amberg  
Raigeringer Str. 18  
92224 Amberg

Den Bestellschein Kohlhammer zur Einschreibung für die Versicherten der AOK Bayern und weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de/pflegeheimversorgung](http://www.kvb.de/pflegeheimversorgung).

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

## Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Die Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) Nr. 18 – Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen – wurde geändert. Der Beschluss ist am 25. Dezember 2012 in Kraft getreten. Verordnungsfähig sind fixe Kombinationen aus einem nicht-steroidalen Antirheumatikum (NSAR) mit einem Protonenpumpenhemmer bei Patienten mit hohem gastro-duodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigeren Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist. Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Die Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung) wurde um die Wirkstoffkombination Tegafur/Gimeracil/Oteracil ergänzt. Der Beschluss ist am 20. Dezember 2012 in Kraft getreten. Teysuno® ist seit 1. Juli 2012 in Verkehr und für die Behandlung von fortgeschrittenem Magenkrebs bei Erwachsenen bei Gabe in Kombination mit Cisplatin indiziert. Da durch den pharmazeutischen Unternehmer die erforderlichen Nachweise nicht vollständig vorgelegt worden sind, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt. Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Verordnung eines Mehrfachen einer Packungsgröße

Aufgrund einiger Hinweise von Apotheken möchten wir Sie über Folgendes informieren: Verordnen Sie ein Mehrfaches einer Packungsgröße oder mengenmäßig mehr als die Packung, deren Inhalt über die Menge der größten Packungsgrößenstufe hinausgeht, empfiehlt es sich, einen besonderen Vermerk anzubringen (zum Beispiel „exakte Menge“ oder ein „!“). Sonst besteht die Gefahr, dass die Apotheke aufgrund ihrer Lieferverträge das Rezept nicht komplett beliefert.

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

## Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus

Bei „Oxybutynin 0,1 % Grachtenhaus Instillat. Set“ handelt es sich nach Arzneimittelgesetz um ein Fertigarzneimittel, das zwar verkehrsfähig ist, aber keine Zulassung besitzt. Vom Hersteller wurde uns am 28. Januar bestätigt, dass das laufende Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Nach Mitteilung einiger Krankenkassen ist deshalb bei Verordnung auf Kas senrezept mit Regressanträgen zu rechnen.

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

## Praxisbesonderheiten bei Langfristverordnungen

Seit 1. Januar 2013 ist die bundesweit geltende Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs in Kraft. Wir haben Sie Ende letzten Jahres darüber informiert.

Die häufigsten Fragen beziehen sich auf das Genehmigungsverfahren der Langfristverordnungen (Anlage 2 der Vereinbarung) und die Angabe des ICD-10-Codes auf der Verordnung. Die meisten Krankenkassen haben sich zwischenzeitlich gegen ein individuelles Genehmigungsverfahren bei einem langfristigen Behandlungsbedarf (Anlage 2 der Vereinbarung) entschieden. Eine stets aktuelle Auflistung der Krankenkassen, die auf ein individuelles Genehmigungsverfahren verzichten, finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel/Heilmittel außerhalb des Regelfalls*.

### Stand 25. Januar 2013

- AOK Bayern
- Audi BKK
- BKK Faber-Castell & Partner
- BKK Mobil Oil
- BKK Vereinigte Deutsche Nickelwerke
- Daimler BKK
- Ersatzkassen in Bayern
- IKK classic
- IKK-SüdWest
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (ehemals LKK)

Die Verordnungsvordrucke 13, 14 und 18 müssen angepasst werden. Das erste Quartal 2013 gilt als Übergangszeitraum. In diesem Zeitraum ist die handschriftliche Eintragung des ICD-10-Codes für die Kennzeichnung von Praxisbeson-

derheiten und langfristigem Heilmittelbedarf möglich. Ausfüllhinweis: Den ICD-10-Code notieren Sie bitte in die Zeile unter den Indikationsschlüssel. Bitte denken Sie daran: Der Indikationsschlüssel und die Diagnose mit Leitsymptomatik sind durch die Angabe des ICD-10-Codes nicht entbehrlich!

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

## Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung

Durch die Änderung des BtM-Verordnungsmusters wurde es notwendig, unsere Ausfüllhilfe zu aktualisieren. Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf die Angabe der BSNR und LANR (Nr. 12 der Ausfüllhilfe). Außerdem tragen die neuen BtM-Rezepte eine deutlich sichtbare, fortlaufende neunstellige Rezeptnummer, mit der sie dem verschreibenden Arzt eindeutig zugeordnet werden können.

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

**Verordnungsseminare im April 2013**

KVB-Seminar	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort
Heilmittelverordnungen – Informationen rund um die Verordnung von Heilmitteln	10. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
	17. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
	24. April 2013	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg

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

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

## DMP: Kooperationspartner koordinierender Hausärzte überprüfen

Der Startschuss für die DMP in Bayern fiel vor etwas mehr als zehn Jahren. Für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwar etwas später, aber einige Ärzte sind schon von Anfang an dabei. Bedingt durch die lange Zeitspanne kann es passieren, dass der (laut Paragraph 3 des Vertrags zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach Paragraph 137f SGB V Anlage 1c (I. Strukturvoraussetzungen A.)) geforderte und von Ihnen gemeldete Kooperationspartner eventuell nicht mehr tätig ist oder ein Wechsel des Kooperationspartners der KVB nie schriftlich mitgeteilt wurde.

Mit Ihrer Teilnahme als koordinierender Hausarzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 haben Sie – mit Unterschrift der Kooperationsvereinbarung – nachgewiesen, dass die Betreuung Ihrer DMP-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in enger Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt („Diabetologische Schwerpunktpraxis“) erfolgt. Wir bitten Sie, den Status Ihres bei der KVB gemeldeten Kooperationspartners zu überprüfen.

Das funktioniert ganz unkompliziert über die KVB-Arztuche. Diese finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de). Gehen Sie auf der Startseite auf „Arztuche“, wählen Sie „erweiterte Suche“. Nun geben Sie den Namen Ihres Kooperationspartners ein und unter „weitere Optionen“ Genehmigungen/Zusatzverträge: *DMP-DM1\_Koordinierender Arzt(SPP)\_Erwachsene*.

Sollten Sie feststellen, dass Ihr Kooperationspartner nicht mehr als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnimmt, bitten wir Sie,

uns unter Angabe Ihres neuen Kooperationspartners die aktualisierte Fassung der Kooperationsvereinbarung zu übermitteln. Die entsprechende Vorlage finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) unter *Quicklinks/Formulare/Buchstabe „D“/Kooperationsvereinbarung für Hausärzte im DMP Diabetes mellitus*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98  
 E-Mail [info-dmp@kvb.de](mailto:info-dmp@kvb.de)

## Neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Aufgrund des im Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) wurden sowohl im indikationsübergreifenden Vordruck der DMP-Teilnahmebeziehungsweise Einwilligungserklärung als auch im Formular für das DMP Brustkrebs Anpassungen notwendig. Die Datenschutzzinformaton blieb dabei unverändert.

Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte werden im ersten Halbjahr 2013 mit den neuen Einschreibeformularen ausgestattet. Für die Übergangszeit ist Folgendes zu beachten:

- Bis zum 30. Juni 2013 können alte und neue Vordrucke parallel verwendet werden.
- Ab 1. Juli 2013 sind ausschließlich die neuen Vordrucke einzusetzen.

Die abgelaufenen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sollten möglichst aufgebraucht und Restbestände bis zum 30. Juni 2013 vernichtet werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98  
 E-Mail [info-dmp@kvb.de](mailto:info-dmp@kvb.de)

## DMP-Feedbackberichte zweites Halbjahr 2012

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2012 die DMP-Feedbackberichte erstellt. Es gibt auch einen DMP-Feedbackbericht 2012 für DMP Brustkrebs. Koordinierende Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben.

Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „2012“ für das zweite Halbjahr 2012).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55  
E-Mail [info@ge-dmp-bayern.de](mailto:info@ge-dmp-bayern.de)

## Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

Bitte beachten Sie, dass die Frist zur Weiterverwendbarkeit von Ultraschallgeräten, hinsichtlich derer der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung im Zusammenhang mit der initialen Abnahmeprüfung bei Bestandsgeräten nicht geführt wird, geändert wurde. Die Ultraschall-Vereinbarung wurde in Paragraph 16 Absatz 4a wie folgt angepasst:

„Wurde eine Prüfung nach Absatz 4 bis 30.09.2012 nicht durchgeführt, gilt folgendes:

Der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9 Abs. 1 bis 3 hat abweichend von Absatz 4 Satz 1 spätestens bis zum 31.03.2015 zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Arzt unverzüglich mitgeteilt. Kann der Nachweis nicht geführt werden, ist die Genehmigung spätestens 6 Monate nach Bekanntgabe des Bescheides – ggf. gerätebezogen – zu widerrufen. Bei der Feststellung von Mängeln, die eine erhebliche Gefährdung für den Patienten bedeuten können, kann die Genehmigung mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.“

Die Änderung tritt rückwirkend zum 1. Oktober 2012 in Kraft.

Das bedeutet, dass alle bereits vor dem 1. April 2009 verwendeten Ultraschallsysteme (Bestandsgeräte), die bis zum 30. September 2012 noch nicht einer initialen Abnahmeprüfung unterzogen wurden und nicht den aktuellen Anforderungen der Ultraschallvereinbarung entsprechen, ab dem 1. Oktober 2012 längstens noch sechs Monate nach Bekanntgabe des negativen Bescheides, sofern nicht ein sofortiger Widerruf beziehungsweise im

Einzelfall ein Widerruf mit kürzerer Frist erfolgt, weiterverwendet werden können.

Ärzte, die im Rahmen ihrer Neugerätemeldung nach dem 1. April 2009 eine ganz oder teilweise bis 31. März 2013 befristete Sonographie-Genehmigung erhalten haben und bisher nicht über das Ergebnis der initialen Abnahmeprüfung ihrer Bestandsgeräte informiert wurden, können zunächst – entgegen der Angaben im Bescheid – über den 31. März 2013 hinaus die Ultraschallsysteme weiterverwenden, bis ein Bescheid über die (Nicht-)Erfüllung der Mindestanforderungen der Ultraschall-Vereinbarung erfolgt. Dies gilt auch für Ärzte, die bereits Unterlagen für die initiale Abnahmeprüfung ihrer Bestandsgeräte eingereicht haben beziehungsweise zu deren Einreichung aufgefordert wurden.

Einzelpraxen erhalten voraussichtlich im Laufe des Jahres 2013 einen Bescheid über die (Nicht-)Erfüllung der Mindestanforderungen. Alle anderen Praxen sollen bis 31. März 2015 einen Bescheid hierüber erhalten.

## Überweisungen nach Wegfall der Praxisgebühr

Nach dem Wegfall der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 können Patienten zwar ohne finanzielle und bürokratische Hürden die meisten niedergelassenen Ärzte und alle Psychotherapeuten direkt und ohne Überweisung aufsuchen. Die allgemeinen Regelungen zu Überweisungen bleiben aber auch ohne Praxisgebühr bestehen, da diese auch dem kollegialen Austausch und damit der Sicherstellung einer hochwertigen koordinierten ambulanten Behandlung dienen.

Viele Patienten dürften bisher vermutlich auch deshalb nach einer Überweisung gefragt haben, um sich eine erneute Praxisgebühr zu ersparen. Allerdings erfüllen Überweisungen noch weitere Funktionen, die nach wie vor wichtig sind:

- Durch eine Überweisung wird zum Beispiel signalisiert, dass der überweisende Kollege einen Arztbrief benötigt.
- Er bekommt einen Überblick über anstehende und durchgeführte Behandlungen, kann diese gegebenenfalls koordinieren und dokumentieren.
- Teure Doppeluntersuchungen können vermieden werden.
- Verordnete Medikamente können hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen aufeinander abgestimmt werden.
- Hausärzte können durch das System der Überweisungen und Arztbriefe ihre Lotsenfunktion im Gesundheitssystem verantwortungsvoll wahrnehmen.

Generell gehört es zu den vertragsärztlichen Pflichten, vorgelegte Überweisungen anzunehmen. Bitte respektieren Sie auch, dass sich nicht wenige Patienten im Rahmen von Selektivverträgen dazu ver-

pflichtet haben, Fachärzte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Für einige Fachgruppen brauchen Patienten generell eine Überweisung. Darunter fallen beispielsweise Laborärzte, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner.

Die freie Arztwahl durch den Patienten wird durch eine Überweisung nicht eingeschränkt.

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

## Vertragsärztliche Fortbildungspflicht

Im Jahr 2003 hat der Gesetzgeber in Paragraph 95d SGB V die gesetzliche Fortbildungspflicht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte eingeführt. Danach müssen zugelassene, ermächtigte und angestellte Ärzte in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) alle fünf Jahre nach Tätigkeitsaufnahme den Nachweis der Fortbildung im Umfang von 250 Fortbildungspunkten gegenüber der KVB führen. Für bereits zum damaligen Zeitpunkt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte war dies erstmalig zum 30. Juni 2009 der Fall, der nächste Zeitpunkt für diese Ärzte ist der 30. Juni 2014.

Weniger bekannt ist, dass für Ärzte, die zwischenzeitlich die Tätigkeit aufgenommen haben, individuelle Nachweiszeiträume gelten, die jeweils mit der Tätigkeitsaufnahme beginnen. Zum Nachweis sind zugelassene Vertragsärzte für sich und auch für ihre angestellten Ärzte (die MVZ für ihre angestellten Ärzte) verantwortlich. Auch die ermächtigten Ärzte müssen den Nachweis führen. Für Weiterbildungs- und Sicherheitsassistenten besteht keine Fortbildungsverpflichtung gemäß Paragraph 95d SGB V.

Eine sehr kleine Gruppe von Betroffenen konnte den Fortbildungsnachweis nicht zum jeweiligen Stichtag führen. Diese Ärzte sind nach den gesetzlichen Vorgaben von Honorarkürzungen betroffen: in Höhe von zehn Prozent in den ersten vier Quartalen, die auf die Nichterfüllung folgen, danach in Höhe von 25 Prozent des erwirtschafteten Honorars. Bei Verzug von zwei Jahren kann ein Zulassungsentziehungsverfahren drohen. Diese Maßnahme musste bedauerlicherweise auch schon ergriffen werden.

Um die Gefahr von Honorarkürzungen wegen Nichteinhaltung der Fortbildungspflicht zu vermeiden, empfehlen wir, rechtzeitig die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung zu planen und die Nachweise einzureichen.

Die Einreichung erfolgt bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), die auch die Fortbildungspunktekonten im Online-Portal „Meine BLÄK“ für ihre Mitglieder führt. Details zum Online-Portal und zur Einreichung einzelner Fortbildungsbescheinigungen finden Sie unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) in der Rubrik Fortbildung/Fortbildungspunktekonto. Bitte denken Sie auch daran, bei Erreichung der 250 Punkte in Ihrem bei der BLÄK geführten Online-Fortbildungspunktekonto der automatischen KVB-Benachrichtigung durch die BLÄK zuzustimmen, da dies Ihre Nachweisführung gegenüber der KVB erheblich vereinfacht.

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

## Vertretung wegen Kindererziehung

Bei Erziehung und Betreuung eines Kindes können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bis zu drei Jahre einen Praxisvertreter oder einen Sicherheitsassistenten beschäftigen. Eine Vertretung kommt dann in Betracht, wenn während der Kindererziehungszeit keine Praxistätigkeit beabsichtigt ist. Ein Sicherheitsassistent kann dann eingestellt werden, wenn eine Praxistätigkeit stattfinden soll, aber wegen der Kindererziehung eine Entlastung erforderlich ist. Der Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen und kann in Ausnahmefällen verlängert werden. So kann ein Anteil von zwölf Monaten auf die Zeit bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes übertragen werden. Erforderlich ist ein Antrag an die KVB, der vor Beginn der Beschäftigung des Vertreters beziehungsweise Sicherheitsassistenten gestellt und genehmigt werden muss. Diese Regelung erweitert die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelte Möglichkeit, nach der sich eine Vertragsärztin in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen kann.

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



## Beschäftigung von Praxisassistenten

Neben der Beschäftigung von angestellten Ärzten beziehungsweise Psychologischen Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren, für die eine Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich ist, und die einen freien Arztsitz oder eine Praxisübernahme voraussetzt, gibt es auch noch die Möglichkeit der Beschäftigung von Praxisassistenten. Diese ist zweckgebunden und dient entweder der Weiterbildung des Assistenten (des sogenannten Weiterbildungsassistenten) oder der Aufrechterhaltung der standardgemäßen Patientenversorgung einer Praxis (durch den sogenannten Sicherstellungsassistenten).

Der Weiterbildungsassistent wird zum Zweck seiner Weiterbildung in einem Fachgebiet, einem Schwerpunkt oder zur Erlangung einer Zusatzbezeichnung bei einem zur Weiterbildung befugten Arzt beschäftigt und wird unter der Anleitung und Überwachung des Weiterbildungers tätig.

Der Sicherstellungsassistent wird zum Zweck der Entlastung des Vertragsarztes bei der Praxisführung tätig. Als Gründe kommen hier zum Beispiel Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft, aber auch bestimmte Betätigungsfelder des Vertragsarztes, zum Beispiel belegärztliche Tätigkeit oder Methadonversorgung, in Betracht. Ergänzend fällt hierunter auch die Beschäftigung eines sogenannten „Schnupperassistenten“ zum Zwecke des gegenseitigen Kennenlernens vor einer beabsichtigten Kooperation (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft), einer dauerhaften Anstellung oder einer Praxisübernahme.

Bitte beachten Sie unbedingt: Die Beschäftigung eines Praxisassistenten ist befristet und setzt eine Antragstellung bei der KVB voraus. Die Tätigkeit darf erst nach Vorliegen des Genehmigungsbescheides und nur als sozialversicherungs-pflichtiges Angestelltenverhältnis aufgenommen werden.

Wir unterstützen Sie bei der Suche nach einem Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistenten. Nutzen Sie hierzu unser Vermittlungsangebot unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Weiterbildungsstellen Haus- und Fachärzte* beziehungsweise *Weiterbildungsstellen Psychotherapie*. Hier sind zur Kontaktaufnahme mit Sicherstellungsassistenten auch die Kooperationsbörse und die Vertretervermittlungsbörse eingestellt.

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

## Umzug der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Ab 25. März 2013 erreichen Sie die Mitarbeiter der Bezirksstelle Mittelfranken in Nürnberg unter der neuen Anschrift:

Witschelstraße 106  
90431 Nürnberg

Die Telefonnummern und E-Mail-Adressen Ihrer Ansprechpartner sowie der Zentrale behalten unverändert ihre Gültigkeit.

Unverändert ist auch das Service-, Beratungs- und Veranstaltungsangebot, das Ihnen auch unter der neuen Adresse der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken wie gewohnt unter einem Dach zur Verfügung steht.

## Metformin bei Typ-2-Diabetes: LMU sucht Studienteilnehmer

Die LMU München führt aktuell eine Studie durch, die in engem Zusammenhang mit dem DMP Diabetes steht. Anhand von Blutproben sollen Biomarker gesucht werden, mit deren Hilfe bestimmt werden kann, ob das wichtigste orale Antidiabetikum wirkt oder nicht. Die in Frage kommenden Ärzte, also „Koordinierende Ärzte im DMP Diabetes“, erhalten als Aufwandsentschädigung 50,- bis 60,- Euro pro Patienten.

### Die Eckpunkte des Projekts im Einzelnen:

**Art der Studie:** nur beobachtend, Ihre Behandlungsfreiheit wird nicht eingeschränkt!

**Ziel:** Entdeckung von Biomarkern für Effizienz und Verträglichkeit von Metformin als medikamentöse Ersttherapie bei Typ-2-Diabetes

### Aufwand für Sie und Ihre Praxis:

- schriftliche Patienteneinwilligung und einseitige Patientendokumentation bei Studieneinschluss in Ihrer Praxis
- zwei Nüchtern-Blutentnahmen mit anschließender Zentrifugation (Serumröhrchen mit Trenngel – kein Abpipettieren notwendig) und Tiefkühlagerung (normaler Gefrierschrank, -15°C bis -20°C) bei Ihnen in der Praxis bis zur Sammelabholung (Zentrifugation und Lagerung innerhalb Münchens nicht notwendig. Hier erfolgt Sofortabholung durch Kurier.)
- 50,- Euro Aufwandsentschädigung für jeden abgeschlossenen Patienten (60,- Euro bei Durchführung einer fakultativen dritten Blutentnahme)
- kostenloser Abholservice für Blutproben und vorfrankierte

Rückumschläge für Dokumentation, alle Materialien vorab von uns

- Die Weiterbetreuung der Patienten findet regulär bei Ihnen statt. Für die Studie sind lediglich noch zwei einseitige Folgedokumentation nach zirka drei und sechs Monaten (nur fünf klinische Parameter und aktuelles HbA1c) erforderlich.

### Wissenschaftlicher Hintergrund der Studie

Die Wirksamkeit von Metformin in der Behandlung des Typ-2-Diabetes ist sehr variabel mit Unverträglichkeit, primärem oder sekundärem Therapieversagen bei mehr als der Hälfte der Patienten. Eine Vorhersage zu Behandlungsbeginn, wer von Metformin profitieren wird und wer nicht, ist derzeit nicht möglich. Hauptziel der Studie ist es, diese Lücke zu schließen und Blutparameter zu identifizieren, mit denen das möglich ist.

Bei Interesse und für weitere Fragen melden Sie sich bitte bei:

Studienzentrum Diabetes  
der LMU München  
(Studienleiter: Dr. Andreas Lechner)  
Medizinische Klinik 4  
Ziemssenstraße 1  
80336 München

Telefon 0 89 / 51 60 – 22 88  
Fax 0 89 / 51 60 – 33 74  
E-Mail studienzentrum-diabetes@  
med.uni-muenchen.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 (Paragraph 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, 23. März 2013  
KVB München
- Samstag, 27. April 2013  
KVB Würzburg
- Samstag, 6. Juli 2013  
KVB München
- Samstag, 28. September 2013  
KVB Nürnberg
- Samstag, 23. November 2013  
KVB Bayreuth
- Samstag, 30. November 2013  
KVB Augsburg

### Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 13. März 2013  
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 8. Mai 2013  
KVB Würzburg
- 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, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 17. April 2013  
KVB Augsburg
- Mittwoch, 15. Mai 2013  
KVB Bayreuth
- Mittwoch, 12. Juni 2013  
KVB Würzburg
- Mittwoch, 6. November 2013  
KVB Nürnberg
- Mittwoch, 27. November 2013  
KVB Regensburg

### Modul IV (fakultatives Modul)

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul IV:

- Mittwoch, 26. Juni 2013  
KVB Regensburg

## Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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

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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

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

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

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 kardiovas-

kulären Notfällen

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

### Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95.- Euro (je Teilnehmer)

### Termine:

(je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen: Sie buchen entweder für Vormittag oder Nachmittag)

- Samstag, 9. März 2013  
9.00 bis 12.45 Uhr  
KVB München
- Samstag, 9. März 2013  
13.30 bis 17.45 Uhr  
KVB München
- Mittwoch, 10. April 2013  
13.30 bis 17.45 Uhr  
KVB Würzburg
- Samstag, 22. Juni 2013  
9.00 bis 12.45 Uhr  
KVB Nürnberg
- Samstag, 22. Juni 2013  
13.30 bis 17.45 Uhr  
KVB Nürnberg
- Samstag, 20. Juli 2013  
9.00 bis 12.45 Uhr  
KVB Regensburg
- 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

- Samstag, 9. November 2013  
9.00 bis 12.45 Uhr  
KVB München
- Samstag, 9. November 2013  
13.30 bis 17.45 Uhr  
KVB München

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](http://www.kvb.de) in der Rubrik  
*Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/  
Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis

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

### Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

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

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern  
09 11 / 9 46 67 – 3 22  
09 11 / 9 46 67 – 3 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

**Online-Anmeldung** im Internet unter [www.kvb.de](http://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](http://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

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Kompetent und souverän den Praxisalltag in schwierigen Situationen meistern

Operatives Marketing für Ärzte und das Praxisteam

Telefonieren in der Praxis – Grundlagen

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis - Modul I  
Führungsgrundlagen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Fit für den Empfang

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Hautkrebscreening

### QM-/QZ-Seminare

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

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

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Re-Zertifizierung

Patienten- und Zuweiserbefragung

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		19. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	10. April 2013	14.30 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	13. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		20. April 2013	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		18. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. April 2013	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. April 2013	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
		17. April 2013	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. April 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. April 2013	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	120,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 16.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	20. April 2013	9.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. März 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	München
		17. April 2013	14.30 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. April 2013	15.00 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	24. April 2013	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Mai 2013	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	13. April 2013	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	13. April 2013	9.00 bis 19.00 Uhr	München

