

KVBIINFOS 03|14

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2014
- 24 Änderungen des EBM
- 27 Parallelberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT
- 27 Neue Palliativziffern im EBM

VERORDNUNGEN

- 28 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
- 29 Arzneimittelvereinbarung
- 29 Aktualisierung der Übersicht zu fiktiv zugelassenen Arzneimitteln
- 29 Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie
- 30 Häusliche Krankenpflege (HKP-RL)
- 30 Wirtschaftliche Verordnungsweise parenteraler Ernährung
- 31 Impfung gegen Poliomyelitis bei Asylbewerbern
- 31 Richtigstellung Artikel „Levonorgestrel“

ALLGEMEINES

- 31 Unterversorgung: Beschlüsse wirksam

SEMINARE

- 32 „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 32 „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 34 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. März 2014**
Abschlagszahlung Februar 2014
- 10. April 2014**
Abschlagszahlung März 2014
- 30. April 2014**
Restzahlung 4/2013
- 12. Mai 2014**
Abschlagszahlung April 2014
- 10. Juni 2014**
Abschlagszahlung Mai 2014
- 10. Juli 2014**
Abschlagszahlung Juni 2014
- 31. Juli 2014**
Restzahlung 1/2014
- 11. August 2014**
Abschlagszahlung Juli 2014
- 10. September 2014**
Abschlagszahlung August 2014
- 10. Oktober 2014**
Abschlagszahlung September 2014
- 31. Oktober 2014**
Restzahlung 2/2014
- 10. November 2014**
Abschlagszahlung Oktober 2014
- 10. Dezember 2014**
Abschlagszahlung November 2014

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2014 bis spätestens **Donnerstag, den 10. April 2014**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet* oder KV-Ident) oder über D2D. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung /Online-Abrechnung*.

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

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

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

- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies*
- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittlung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die 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 unter *Quicklinks/Formulare/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

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

Notarztsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarztsätzen 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 „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarztdienst-Abrechnung*.

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

Änderungen des EBM

Der Bewertungsausschuss und der Erweiterte Bewertungsausschuss haben in ihrer 319. und 320. Sitzung beziehungsweise 39. Sitzung vom 18. Dezember 2013 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung rückwirkend zum 1. Oktober 2013, zum 1. Januar und 1. April 2014 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Änderungen im Überblick dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Änderungen des EBM für Hausärzte rückwirkend zum 1. Oktober 2013 (Beschluss BA in seiner 319. Sitzung)

GOPen 03040/04040 – Vorhaltepauschalen im Vertretungsfall hälftig berechnungsfähig

In Vertreterfällen wird jetzt auch die hälftige Vorhaltepauschale gewährt. Diese wird bei Vorliegen der Voraussetzung automatisch von uns zu den Versicherungspauschalen 03010 beziehungsweise 04010 zugesetzt.

Die bayerische Vergütungsregelung (GOPen 97045 beziehungsweise 97046) entfällt.

GOPen 03230/04230 – Keine Vergütung des hausärztlichen Gesprächs über Punktzahlvolumen hinaus

Durch Ergänzung der Präambel 3.1 Nr. 10 beziehungsweise 9.1 Nr. 11 wird klargestellt, dass über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche nicht vergütet werden.

Gesprächsleistung neben Versichertenpauschalen – Entlastung bei den Plausizeiten

- Die Abrechnungsvoraussetzung, dass für die GOP 03230 beziehungsweise 04230 neben der Versichertenpauschale eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 15 beziehungsweise 20 Minuten Dauer notwendig ist, wird gestrichen.
- Bei den Versichertenpauschalen (GOP 03000/04000 und 03010/04010) wird der fakultative Leistungsinhalt „Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu fünf beziehungsweise zehn Minuten Dauer“ gestrichen.
- Die Abrechnungsvoraussetzung, dass für die GOP 04355 neben der Versichertenpauschale eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 25 Minuten Dauer notwendig ist, wird gestrichen.

Änderungen des EBM zum

1. Januar 2014 (Beschluss EBA in seiner 39. Sitzung und des BA in seiner 319. und 320. Sitzung)

Hausarzt – EBM

GOP 03040/04040 – Bewertung der Vorhaltepauschalen wird angehoben
Die Vorhaltepauschalen werden von 140 auf 144 Punkte angehoben. Die prozentualen Abschläge beziehungsweise Aufschläge in Höhe

von zehn Prozent werden in absolute Abschläge beziehungsweise Aufschläge in Höhe von 14 Punkten abgeändert.

GOP 03362 – Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex berechnungsfähig auch bei Vorliegen von Ergebnissen eines Basisassessments von Fachärzten oder Krankenhäusern

Durch die Streichung der Einschränkung auf ein hausärztliches Basisassessment kann der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex auch dann berechnet werden, wenn das geriatrische Basisassessment in Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen oder im fachärztlichen Versorgungsbereich im angegebenen Zeitraum durchgeführt wurde und die Ergebnisse dem behandelnden hausärztlichen Vertragsarzt vorliegen.

Fachärzte

Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) – Anhebung der Bewertung

Für das Jahr 2014 wurde die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zur Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung um 70 Millionen Euro erhöht. Die Bewertung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung in Punkten wird daher angehoben.

Mutterschaftsvorsorge – Neue Gebührenordnungsposition für die erweiterte Ultraschalluntersuchung im zweiten Trimenon

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat den EBM an die Änderungen der Mutterschafts-Richtlinien angepasst und die Gebührenordnungspositionen 01771 zur Vergütung der Ultraschalluntersuchung(en) im zweiten Trimenon mit Biometrie und syste-

matischer Untersuchung der fetalen Morphologie in den Abschnitt 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) EBM aufgenommen. Auch der Leistungsinhalt und die Bewertung der GOP 01770 wurden angepasst.

GEÄNDERT: GOP 01770 – Betreuung einer Schwangeren

- Die Bewertung wird von bisher 1.073 Punkten auf 1.093 Punkte (Preis B€GO neu: 110,72 Euro) angehoben.
- Klarstellung, dass mit der GOP 01770 die Ultraschalluntersuchungen nach Anlage 1a gegebenenfalls mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie und Anlage 2b der Mutterschafts-Richtlinien vergütet werden (Ergänzung zweiter Spiegelstrich im obligaten Leistungsinhalt).
- Verzichtet die Schwangere nach Aufklärung auf die Ultraschalluntersuchung(en) nach den Mutterschafts-Richtlinien (Abschnitt A Nr. 5), kann die GOP 01770 dennoch berechnet werden (Aufnahme einer dritten Anmerkung zur GOP).

NEU: GOP 01771 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 01770 bei der Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im zweiten Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien

- EBM-Bewertung: 440 Punkte
- Preis B€GO: 44,57 Euro

Für die Abrechnung der GOP 01771 ist Folgendes zu beachten:

- Die Berechnung setzt eine Genehmigung für den Anwendungsbereich 9.1a (systematische Untersuchung der fetalen Morphologie) nach der Ultraschallverein-

barung gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V voraus.

- Nur im Zusammenhang mit der GOP 01770 berechnungsfähig (aber kein unmittelbarer Zusammenhang mit der Grundleistung erforderlich, das heißt, sie kann gegebenenfalls auch als „alleinige“ Leistung erbracht und abgerechnet werden).
- Bilddokumentation(en) und Beratung sind obligate Leistungsinhalte.
- Einmal im Behandlungsfall und nur einmal je Schwangerschaft (im BHF) berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33043 und 33044 berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der neuen Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im zweiten Trimenon (gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien) im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01771 in den EBM nicht mehr möglich ist.

Auch die bayerische Vergütungsregelung zur erweiterten Ultraschalluntersuchung im zweiten Trimenon (Abrechnungsnummer 97001) tritt damit außer Kraft.

Osteodensitometrie – Neue Gebührenordnungsposition für die Untersuchung ohne Vorliegen einer Fraktur

Der Bewertungsausschuss hat den Einheitlichen Bewertungsmaßstab an die geänderten Richtlinien der Methoden vertragsärztlicher Versorgung angepasst und die Gebüh-

renordnungsposition 34601 zur Vergütung der osteodensitometrischen Untersuchung mittels zentraler DXA ohne Vorliegen einer Fraktur in den Abschnitt 34.6 (Osteodensitometrie) des EBM aufgenommen. Zugleich wurde der Leistungsinhalt der GOP 34600 angepasst.

NEU: GOP 34601 - Osteodensitometrische Untersuchung II

- EBM-Bewertung: 161 Punkte
- Preis B€GO: 16,31 Euro

Obligater Leistungsinhalt:

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) am Schenkelhals und/oder an der LWS nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht.

- In derselben Sitzung nicht neben Infusionen (GOPen 02100 und 02101) und nicht neben der osteodensitometrischen Untersuchung I (GOP 34600) berechnungsfähig.

GEÄNDERT: GOP 34600 - Osteodensitometrische Untersuchung I

- Die Untersuchung kann nur noch mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) durchgeführt werden. Der Leistungsinhalt der GOP wurde entsprechend angepasst und die Anmerkung zur GOP gestrichen.

- Die Messpunkte zur Durchführung einer Osteodensitometrie wurden auf den Schenkelhals und die LWS konkretisiert.
- Die Abrechnung der neuen Untersuchung im Wege der Kosten-erstattung beziehungsweise Privatliquidation ist mit der Aufnahme der GOP 34601 in den EBM nicht mehr möglich.
- Eine mit anderen Methoden als der zentralen Dual-Energy X-ray Absorptiometrie durchgeführte Osteodensitometrie (zum Beispiel CT-gestützt) kann nicht mehr über die GOP 34600 oder 34601 EBM zulasten der GKV abgerechnet werden.
- Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 34600 oder 34601 EBM ist auch weiterhin eine durch die KVB erteilte Genehmigung zur Knochendichtemessung:
 - Sofern Ihnen die Genehmigung bereits für ein DXA-Gerät erteilt wurde, können Sie die GOP 34600 oder 34601 EBM weiterhin abrechnen.
 - Wenn Ihnen die Genehmigung aufgrund des Nachweises anderer Geräte (zum Beispiel CT) erteilt wurde, können Sie die GOP 34600 oder 34601 EBM nicht mehr abrechnen.
 - Wenn Sie die Genehmigung künftig für ein DXA-Gerät erhalten wollen, bitten wir Sie, eine entsprechende Gewährleistungserklärung des Herstellers einzureichen. Das Formular finden Sie unter www.kvb.de unter [Quicklinks](#) in der Rubrik [Formulare/K/Knochendichtemessung/Gewährleistungserklärung](#).
 - Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung der GOP 34600 beziehungsweise 34601 EBM erst ab Erteilung des Genehmigungsbescheids für das DXA-Gerät möglich ist.

HNO und Phoniatrie: Neue Leistungen seit 1. Januar 2012 – Befristung bis Ende 2015 verlängert (Beschluss des BA in seiner 320. Sitzung)

Zum 1. Januar 2012 wurden für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniaten und Päd-audiologen) neue Leistungen für die Therapie von Nasenbluten, zur Diagnostik des Tinnitus, zur postoperativen Behandlung nach chronischer Sinusitis und Tympanoplastik sowie für die Verordnung und Nachsorge im Rahmen der Hörgeräteversorgung in die Abschnitte 9.3 und 20.3 des EBM aufgenommen (siehe KVB-INFOS 12/2011). Die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen war auf Forderung des GKV-Spitzenverbands zunächst auf zwei Jahre befristet. Die Befristung wurde nun mit Wirkung ab 1. Januar 2014 um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2015 verlängert.

Redaktionelle Änderungen

Präambel 31.2.4 und 36.2.4 – Streichung des Hinweises zum OPS-Code für Facettendenerivation
Mit Wirkung zum 1. April 2013 wurde der OPS-Code 5-830.2 (Facettendenerivation) aus dem Anhang 2 des EBM gestrichen. Der noch vorhandene Verweis auf den OPS in der Präambel 31.2.4 Nr. 3 und 36.2.4 Nr. 2 wurde gestrichen.

GOP 01620 – Kurze Bescheinigung – Anpassung des Verweises auf Vordruck
Der Verweis auf den vereinbarten Vordruck wurde angepasst.

Änderungen des EBM zum 1. April 2014 (Beschluss BA in seiner 319. Sitzung, Teil B)

GOP 04220, 04221 – Chronikerpauschale nicht neben den fachärztlichen kinderärztlichen Leistungen berechnungsfähig
Der alte Chronikerkomplex 04212 war im Behandlungsfall nicht neben den fachärztlichen kinderärztlichen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 und 4.5 berechnungsfähig.

Dieser Ausschluss wird nun auch insoweit für die neuen Chronikerpauschalen 04220 und 04221 übernommen, als dass der Ausschluss neben den fachärztlichen kinderärztlichen Leistungen der Abschnitte 4.4/4.5 nur für die Sitzung gilt.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Löschung und Änderungen von OPS-Codes

Mit Wirkung zum 1. Januar 2014 ist der Operationenschlüssel Version 2014 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2014 neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes 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

Parallelberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT

Das Mehrschicht-CT (Multi-Slice-CT) ermöglicht die gleichzeitige Aufzeichnung von mehreren Schichten bei der CT-Untersuchung einer Körperregion. Aus dem in einem Untersuchungsgang gewonnenen Datensatz können für die untersuchte Körperregion Bilder mit unterschiedlicher Schichtdicke nachberechnet werden.

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung der CT-Leistungen, dass es sich bei der Anfertigung der Dünnschichten (= Erstellung des Datensatzes) **insgesamt nur um eine CT-Untersuchung** handelt und daher für die untersuchte Körperregion beziehungsweise das Organ auch **nur eine** der zutreffenden **Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.3** (Computertomographie) EBM berechnet werden kann. Werden aus dem Datensatz für die gleiche untersuchte Körperregion andere Schichtdicken nachberechnet, so können diese nicht nochmals gesondert abgerechnet werden.

Beispiele:

- Für das CT des Gehirnschädels (Neurocranium) mit Anfertigung von Dünnschichten mit einer Schichtdicke kleiner als fünf Millimeter ist die Gebührenordnungsposition 34310 EBM berechnungsfähig. Werden aus demselben Datensatz zusätzlich Dünnschichten kleiner als zwei Millimeter für die Schädelbasis nachberechnet, so kann hierfür nicht zusätzlich die Gebührenordnungsposition 34321 EBM (CT-Untersuchung Schädelbasis) angesetzt werden.
- Auch bei einer CT-Untersuchung des gesamten Abdomens (GOP 34341 EBM) ist die Nachberechnung der Oberbauchschichten in einer anderen Schichtdicke nicht

über die Gebührenordnungsposition 34340 EBM 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

Neue Palliativziffern im EBM

Die ambulante Versorgung von Palliativpatienten in Bayern unterteilt sich in zwei Formen. Die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) wird von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten im Rahmen der Regelversorgung erbracht. Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist für Patienten vorgesehen, deren komplexes Leiden eine entsprechend intensive Versorgung erfordert, die Vertragsärzte in der allgemeinen Versorgung nicht erbringen können. Eine Versorgung durch sogenannte SAPV- oder Palliativ Care Teams benötigen nach Meinung von Experten zirka zehn Prozent der todkranken Patienten. Geregelt ist die SAPV nach Paragraph 37b Absatz 1 SGB V über Selektivverträge, während die Abrechnung der AAPV über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgt.

Mit dem 1. Oktober 2013 wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für Geriatrie und Palliativmedizin sowie Zuschläge zu Hausbesuchen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung eingeführt. Zur Abrechnung der Palliativ-GOPen 03370 bis 03373 sind alle Hausärzte* berechtigt, die von der KVB zugelassen sind und Leistungen im Rahmen der AAPV erbringen. Hierbei sind lediglich zwei Ausnahmen zu beachten:

1. Die EBM-Ziffern 03371, 03372 und 03373 dürfen nicht für Patienten in der SAPV-Vollversorgung angesetzt werden. Alle anderen EBM-Ziffern für erbrachte Leistungen können jedoch weiterhin berechnet werden, sofern inhaltsgleiche Leistungen nicht parallel zur gleichen Einsatzzeit durch das SAPV-Team und deren Kooperationspartner erbracht werden.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

2. Für Palliativpatienten in der SAPV-Versorgung, für die der Hausarzt* gleichzeitig auch als SAPV-Arzt äquivalente Leistungen erbringt, dürfen die Palliativziffern nach den GOPen 03370 bis 03373 nicht angesetzt werden.

Unangetastet von den neuen Regelungen bleibt die Verordnung von SAPV-Leistungen. Diese werden weiterhin über das Muster 63 verordnet und durch die GOPen 01425 und 01426 vergütet. Hier kann der Vertragsarzt festlegen, ob er eine Vollversorgung durch die SAPV wünscht oder eine additiv unterstützende Teilleistung, wie zum Beispiel die Beratung des Patienten und seiner Angehörigen oder die Mitbehandlung für eine festgelegte Indikation. Bei einer SAPV-Teilversorgung arbeiten Vertragsarzt und SAPV-Team eng zusammen und versorgen den Patienten gemeinsam. Dieses System hat sich in der Vergangenheit bereits mehrfach bewährt und wird von beiden Seiten sehr geschätzt.

* Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wurden die GOPen 04370 bis 04373 mit identischen Voraussetzungen und Inhalten eingeführt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier nur auf Hausärzte Bezug genommen. Die Ausführungen gelten analog.

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

Off Label Use (Anlage VI)

Zukünftig kann **Mycophenolat Mofetil** zur Langzeittherapie bei generalisierter Myasthenia gravis im Falle einer Therapieresistenz unter Behandlung mit zugelassenen Substanzen oder bei Unverträglichkeit/Therapieresistenz einer ausreichend dosierten Therapie von Azathioprin oder – falls eine Absenkung der begleitenden Kortikoid-Dosis unter die Cushing-Schwelle nicht erreichbar war – ausnahmsweise verordnet werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat **Amikacin** bei Tuberkulose (TBC) in Teil A der Anlage VI der AM-RL aufgenommen. Damit kann zukünftig Amikacin zur Therapie der TBC nur im Rahmen von Kombinationstherapien, wenn aufgrund der Multiresistenzlage keine andere Therapie mehr zur Verfügung steht, ausnahmsweise verordnet werden. Die Anwendung ist an das Vorliegen einer Materialentnahme zur Resistenzbestimmung beziehungsweise das Vorliegen einer Resistenzprüfung der TBC-Erreger gebunden.

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Der G-BA beschloss, die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie um die Wirkstoffe Colestilan (BindRen®), Nepafenac (Nevanac®), Ocriplasmin (Jetrea®) und die Wirkstoffkombination Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil (Stribild®) zu ergänzen.

Für

- Colestilan (BindRen®),
- Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse®),
- Nepafenac (Nevanac®),
- Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil (Stribild®)

wurde ein **Zusatznutzen nicht belegt**.

Ocriplasmin (Jetrea®)

Bei der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie differenzierte der G-BA zwischen Patienten mit einer vitreomakulären Traktion

- mit leichter Symptomatik: Vergleichstherapie: „beobachtendes Abwarten“
Zusatznutzen: **Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen**
- mit schwerer Symptomatik: Vergleichstherapie: Pars-plana-Vitrektomie
Zusatznutzen: **Zusatznutzen nicht belegt**

Bei Patienten mit einer asymptomatischen vitreomakulären Traktion besteht im Regelfall keine Behandlungsnotwendigkeit. Deshalb erfolgte keine Bewertung dieser Patientengruppe im Rahmen der Nutzenbewertung von Ocriplasmin.

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

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

Arzneimittelvereinbarung

Wirtschaftlichkeitsziel: Blutzuckerteststreifen

Um Sie in der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsziels „preisgünstige Blutzuckerteststreifen (...), insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät“ effizient zu unterstützen, listen wir Ihnen preisgünstige Blutzuckerteststreifen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell* unter dem Eintrag vom 22. Januar 2014 auf.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Gesetzliche Grundlagen/Arzneimittelvereinbarung* finden Sie Antworten auf Ihre Fragen rund um die aktuelle Arzneimittelvereinbarung.

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

Aktualisierung der Übersicht zu fiktiv zugelassenen Arzneimitteln

Nachdem das Präparat „**Aureomycin Salbe**“ zwischenzeitlich die Zulassung erhalten hat, wurde es aus der Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel gestrichen.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell 2014* finden Sie unsere aktuelle Auflistung unter dem Eintrag vom 22. Januar 2014.

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

Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie

Die Änderungen betreffen die übersichtliche Gestaltung der Anlage 1 sowie präzisierende Formulierungen in der Anlage 2 (Dokumentationsziffern).

In Anlage 1 wurden

- Zwischenüberschriften innerhalb der einzelnen Impfungen (zum Beispiel Grundimmunisierung, Indikationsimpfung, berufliche Indikationen, Reiseimpfung) eingeführt,
- Altersangaben in Monaten beziehungsweise Jahren weitgehend vereinheitlicht,
- die Abfolge des Anlasses für die Schutzimpfung (Angaben zu Impfindikationen aufgrund von Reise jeweils am Ende der Zeile) geändert.

Außerdem wurde folgender Satz vorangestellt:
„Der nach § 11 Abs. 2 bestehende Anspruch auf die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bleibt von den nachfolgenden Regelungen unberührt.“

Dadurch entfallen die vereinzelt Angaben zur Nachholung bestimmter Impfungen bei Kindern und Jugendlichen. In der Anlage 1 sind somit nur noch Angaben zur Nachholung von Impfungen bei Erwachsenen enthalten.

In Anlage 2 wurde Folgendes präzisiert:

- Da der derzeit verfügbare Diphtheriemonoimpfstoff erst ab einem Alter von fünf Jahren zugelassen ist, entfällt in der Zeile „Diphtherie (Standardimpfung)“ der Hinweis auf die Verabreichung des Impfstoffs an Säuglinge.

- Es wurde ein Hinweis auf derzeit nicht im Handel befindliche Impfstoffe aufgenommen.
- Zur besseren Lesbarkeit für die nasale Influenzaimpfung wird aus „89112 n“ jetzt „89112 N“ (Die nasale Grippeimpfung ist in Bayern nicht im Rahmen der Impfvereinbarung abrechenbar).
- Die „89301“ wurde gestrichen, weil die Dokumentation von Masernimpfungen im Erwachsenenalter beziehungsweise Rötelnimpfungen von Frauen auch über die Dokumentationsnummern „89301 A“ und „89301 B“ erfolgen kann.

Hinweis: Die Anlage 2 enthält Dokumentationsziffern, keine Abrechnungsziffern.

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

Häusliche Krankenpflege (HKP-RL)

Versorgung eines suprapubischen Katheters

Die **Leistungsbeschreibung** zu Nr. 22 (Versorgung eines suprapubischen Katheters) des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL wurde dahingehend konkretisiert, dass der Verbandswechsel an der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, gegebenenfalls Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente nach Neuanlage und bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle verordnungsfähig ist.

Ergänzend wird in der Spalte **Bemerkung** geregelt, dass die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig ist, wenn damit insbesondere durch erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen bedingte gesundheitsgefährdende Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter wirksam verhindert werden können. Damit wird dem besonderen Versorgungsbedarf betroffener Patienten im Einzelfall Rechnung getragen.

In der Spalte **Dauer und Häufigkeit** der Maßnahme wurde ergänzt, dass die Maßnahme nach Neuanlage bis zu 14 Tage möglich ist.

Das Anlegen eines suprapubischen Katheters bleibt weiterhin in ärztlicher Hand! Der suprapubische Katheter selbst wird über Sachkosten (Kennzeichnung: L080) abgerechnet.

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

Wirtschaftliche Ordnungsweise parenteraler Ernährung

Zurzeit gibt es vermehrt Anfragen zu den Dienstleistungen von Krankenkassen, die mit der Firma **Care-noble Gesellschaft für Gesundheitsökonomie mbH&Co KG** im Bereich der Verordnung von parenteraler Ernährung zusammenarbeiten. Die Beratung zu Fragen der wirtschaftlichen Ordnungsweise gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, sodass grundsätzlich gegen eine solche Zusammenarbeit nichts einzuwenden ist. Wegen wiederkehrender Beschwerden aus dem Kreis unserer Mitglieder gibt es jedoch Anlass, die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dieser Firma kritisch zu hinterfragen. Die Thematik ist uns bekannt und wird derzeit geprüft. Dies gestaltet sich deswegen schwierig, weil wir in die Beratungsaktivität der Krankenkassen nicht einbezogen werden.

Auf Grundlage unserer aktuellen Erkenntnisse sollte jeder Vertragsarzt seine Teilnahme an dem oben beschriebenen Beratungsangebot kritisch prüfen.

- **Datenschutz:**
Offenbar wird auch eine Patientenerklärung zur Weitergabe von Sozial-/Verordnungsdaten an die vertragsbeteiligten Firmen eingeholt. Es ist nicht ohne Weiteres klar, weshalb diese „offenen“ Daten für die Erstellung eines Verordnungsvorschlags benötigt werden beziehungsweise welchen zulässigen Zwecken diese Daten sonst noch dienen.
- **Offene/versteckte Drohung mit Regressen:**
Durch den Nachdruck, mit dem an die Einschreibung erinnert wird, kommt bei vielen die Angst auf, unterschreiben zu müssen.

- **Angeblicher Regressverzicht:**
Einige Formulierungen des oben beschriebenen Beratungsangebots lesen sich wie ein einseitig erklärter Regressverzicht. Ob diese Formulierungen einer gerichtlichen Überprüfung standhalten und den teilnehmenden Arzt tatsächlich schützen, ist uns nicht bekannt und muss in Frage gestellt werden.

Unsere Pharmakotherapieberater stehen Ihnen für Fragen zur Entlastung der Arzneimittelausgaben bei Verordnungen gerne zur Verfügung.

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

Impfung gegen Poliomyelitis bei Asylbewerbern

Wir gehen davon aus, dass Asylbewerber und Flüchtlinge insbesondere die Haus- und Kinderärzte unter Ihnen vermehrt wegen Impfungen kontaktieren. Bitte vereinbaren Sie entsprechende Impftermine.

Asylsuchende erhalten von der zuständigen Behörde einen Krankenbehandlungsschein. Nur mit Hilfe dieses Krankenbehandlungsscheins ist eine Abrechnung der Impfleistung möglich. Auf dem Krankenbehandlungsschein muss ausdrücklich die Kostenübernahme der Polioimpfung erwähnt werden. Der Impfstoff wird auf Muster 16 auf den Namen des Patienten verordnet.

Die Kostenträger im Fall der Asylbewerber beziehungsweise Flüchtlinge sind die zuständigen Sozialämter, diese zählen zu den Besonderen Kostenträgern.

Eine ausführliche Information hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell 2014* unter dem Eintrag vom 13. Januar 2014.

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

Richtigstellung Artikel „Levonorgestrel“

In unserem Beitrag in den KVB INFOS 1-2/2014 zum Thema „Levonorgestrel“, das als rezeptfreie „Pille danach“ ab Mitte des Jahres in den Apotheken erhältlich sein soll, bezogen wir uns auf eine Pressemeldung des Berufsverbands der Frauenärzte. Die dortige Aussage, dass Levonorgestrel nur jede zweite Schwangerschaft verhindere, steht im Gegensatz zu den Ergebnissen groß angelegter wissenschaftlicher Studien (vergleiche dazu „Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, Lancet 199; 352: 428-33“).

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

Unterversorgung: Beschlüsse wirksam

Ende letzten Jahres hat das Gesundheitsministerium die Nichtbeanstandung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 14. November 2013 mitgeteilt. Damit haben erstmals offiziell vier Planungsbereiche in Bayern den Status „Unterversorgung“, weitere sieben Planungsbereiche haben den Status „drohende Unterversorgung“.

Dies war die Voraussetzung zur Einrichtung des Strukturfonds und der daraus finanzierten Fördermaßnahmen (siehe dazu auch Seite 3 dieser Ausgabe von KVB FORUM).

Aus dem Status Unterversorgung beziehungsweise drohende Unterversorgung ergeben sich für die Ärzte in den betroffenen Planungsbereichen auch weitere regelhafte Folgen. Dazu zählen zum Beispiel spezielle EBM-Ziffern, die für qualifizierte nicht-ärztliche Praxishelferinnen abgerechnet werden können. Weiteres dazu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung* und im Artikel „Grundlagen der Delegation“ auf Seite 30 dieser Ausgabe von KVB FORUM.

Unterversorgte Planungsbereiche:

- Hautärzte, LK Haßberge (UFR)
- Psychotherapeuten, LK Freyung-Grafenau (NDB)
- HNO Ärzte, LK Wunsiedel (OFR)
- Kinder- und Jugendpsychiater, Oberpfalz-Nord (OPF)

Drohend unterversorgte Planungsbereiche:

- Augenärzte, LK Lichtenfels (OFR)
- Hausärzte, Selb (OFR)
- Hausärzte, Viechtach (NDB)
- Hausärzte, Haßfurt (UFR)
- Hausärzte, Bogen (NDB)
- Hausärzte, Vilsbiburg (NDB)
- Hausärzte, Moosburg (OBB)

„Notfalltraining für das Praxisteam“

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

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

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

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Notfallmanagement – praxisinterner Notfallalgorithmus, Checklisten, Ausrüstung
- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst/Notarzt
- Medikamentenapplikation

- Skilltraining Reanimation in Kleingruppen; praktische Fallbeispiele
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95 Euro (je Teilnehmer)

(Je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen. Sie buchen ein Seminar entweder am Vormittag oder am Nachmittag – außer in Würzburg.)

Termine:

31. Mai 2014, KVB Nürnberg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

26. Juli 2014, KVB Regensburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

11. Oktober 2014, KVB Bayreuth

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

22. Oktober 2014, KVB Würzburg

13.30 bis 17.30 Uhr

8. November 2014, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

„Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Unsere Qualitätssicherungskurse dienen der Vertiefung der Kenntnisse über professionelles Notfallmanagement bei vitalen Bedrohungen von Patienten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. 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 (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
- Skilltraining Reanimation in Kleingruppen
- Training alternativer Beatmungstechniken und Atemwegssicherung
- Indikation und Technik der sicheren Defibrillation

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90 Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 10. Mai 2014, KVB Würzburg
- 5. Juli 2014, KVB München
- 20. September 2014, KVB Nürnberg
- 29. November 2014, 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:

- 4. Juni 2014, KVB Regensburg
- 25. Juni 2014, KVB Würzburg
- 16. Juli 2014, KVB Augsburg
- 15. Oktober 2014, KVB Nürnberg

Modul III:

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 19. März 2014, KVB Bayreuth
- 26. März 2014, KVB München
- 9. Juli 2014, KVB Würzburg
- 24. September 2014, KVB Augsburg
- 1. Oktober 2014, KVB Regensburg
- 19. November 2014, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul):

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.45 Uhr

Termine Modul IV:

- 30. April 2014, KVB München
- 21. Mai 2014, KVB Bayreuth
- 26. September 2014, KVB Würzburg
- 3. Dezember 2014, 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 in der Rubrik

Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu KVB-Seminaren

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

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

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

KVB-Seminare

Gründer-/Abgeberforum

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Hautkrebsscreening

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Teamfortbildung DMP

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Frauenärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Teamfortbildung DMP

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Einführung in den Arbeitsschutz

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Einführung in den Arbeitsschutz

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	15. März 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. März 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	22. März 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. März 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. März 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. März 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. März 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. März 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. März 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	29. März 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	29. März 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. April 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. April 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	2. April 2014	14.30 bis 18.15 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. April 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. April 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. April 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. April 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. April 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. April 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. April 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	9. April 2014	14.30 bis 18.15 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. April 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	5. April 2014	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	9. April 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	30. April 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	7. Mai 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	München

