

KVBIINFOS 09|14

ABRECHNUNG

- 98 Die nächsten Zahlungstermine
- 98 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014
- 100 Änderungen des EBM zum 1. Juli 2014
- 103 Neu im EBM ab 1. Oktober 2014: Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)
- 106 GOP 06225 EBM: Widerspruch gegen Streichung bei operativer Tätigkeit
- 106 Kennzeichnungsnummer 99307 nicht mehr gültig
- 107 Dialysesachkosten
- 107 Bundeseinheitliche Laborquote „Q“

VERORDNUNGEN

- 108 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 109 Dinatrium-EDTA nicht über Sprechstundenbedarf
- 110 Mobile Frühförderung
- 110 Frühförderung – Druckfehler auf dem Förderplan

QUALITÄT

- 111 Neuer Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“
- 112 Zervix-Zytologie – Einführung der Münchner Nomenklatur III

PRAXISFÜHRUNG

- 113 Zulassungsentzug für Informed-Praxisverwaltungssysteme

ALLGEMEINES

- 114 Wirtschaftlichkeitsprüfung – Argumentation vor den Prüfungseinrichtungen

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine*

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

*Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2014 bis spätestens **Freitag, den 10. Oktober 2014**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet* oder KV-Ident), D2D oder über KV-Connect. 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 Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

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

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, beigelegt 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 zum 1. Juli 2014

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 328., 329. und 331. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2014 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Juli 2014 wurden von den Partnern des Bundesmantelvertrags – Ärzte Änderungen im Kapitel 40 (Kostenpauschalen) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Änderungen im Überblick vor.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Der Beschluss über die Änderungen im Kapitel 40 (Kostenpauschalen) wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Neue GOPen für Kapselendoskopie bei Erkrankungen im Dünn- darm (Beschluss BA in seiner 328. Sitzung)

Allgemeines

Mit Aufnahme in den EBM keine Kostenerstattung mehr möglich

Die Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms ist bereits seit dem 2. Februar 2011 eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und konnte bisher im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden. Mit der Aufnahme der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen (GOPen) ist eine Abrechnung der Kapselendoskopie im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation nicht mehr möglich.

Genehmigungspflicht

Zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen zur Dünndarm-Kapselendoskopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist eine vorausgehende Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (OSV) Dünndarm-Kapselendoskopie erforderlich.

Weitere Informationen über die Antragstellung und Genehmigungserteilung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Dünndarm-Kapselendoskopie*.

Kosten für Untersuchungskapsel

Die Kosten für die Untersuchungskapsel sind in den neuen GOPen nicht enthalten. Die KVB konnte sich mit den bayerischen Krankenkassen und -verbänden einigen, dass Sie bei Vorliegen der Genehmigung zur Durchführung der Dünndarmkapselendoskopie die Sachkosten für die Untersuchungskapsel mit dem tatsächlichen Eurobetrag über die KVB abrechnen können. Die Abrechnung erfolgt unter Angabe des Eurobetrags neben der Kennzeichnung „L002“. Der Abrechnung sind immer die Rechnungen beizulegen.

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Vergütung der neuen GOPen 04528, 04529, 13425 und 13426 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Neue GOP für Kindergastroenterologen

GOP 04528 – Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungsmetho-

den“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V

- EBM-Bewertung 1.139 Punkte
- Preis BÉGO 115,38 Euro

GOP 04529 – Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms

entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V

- EBM-Bewertung 2.435 Punkte
- Preis BÉGO 246,67 Euro

Für die Abrechnung der GOPen 04528 und 04529 ist Folgendes zu beachten:

- Berechnungsfähig von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kindergastroenterologie oder Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie.
- Im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig:
 - Chronikerpauschalen (GOPen 04220 und 04221)
 - Leistungen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.4 (GOPen 04410, 04418 bis 04420) und den Pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung der Abschnitte 4.5.2 (GOPen 04530 bis 04537), 4.5.3 (GOPen 04550 bis 04551),

4.5.4 (GOPen 04560 bis 04573) und 4.5.5 (GOP 04580)

Die Ausnahmeregelungen für pädiatrische schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften beziehungsweise Pädiater mit mehreren Schwerpunkten/Zusatzbezeichnungen zur Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten (5.1 beziehungsweise 6.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM) gelten auch hier.

Neue GOPen für Internisten
GOP 13425 – Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V

- EBM-Bewertung 1.139 Punkte
- Preis B€GO 115,38 Euro

GOP 13426 – Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V

- EBM-Bewertung 2.435 Punkte
- Preis B€GO 246,67 Euro

Für die Abrechnung der GOPen 13425 und 13426 ist Folgendes zu beachten:

- Berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die eine Genehmigung für Koloskopie und eine Genehmigung für die Kapselendoskopie im Rahmen der Übergangsregelung erhalten haben.
- Im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- In der gleichen Sitzung nicht neben den GOPen 01741 (präventive Koloskopie), 13430 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik) und 13431 (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik) berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig:
 - Nicht-operativ belegärztliche GOPen 36881 (Pneumologischer Komplex), 36882 (Kardiologischer Komplex), 36883 (Zuschlag für die Laufband-Ergometrie)
 - Allgemeine internistische GOPen des Abschnitts 13.2.2.3 (GOPen 13251 bis 13260) und den Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung der Abschnitte 13.3.1 (GOPen 13290 bis 13311), 13.3.2 (GOPen 13340 bis 13350), 13.3.4 (GOPen 13490 bis 13502), 13.3.5 (GOPen 13540 bis 13561), 13.3.6 (GOPen 13590 bis 13622), 13.3.7 (GOPen 13640 bis 13677) und 13.3.8 (GOPen 13690 bis 13701)

Die Ausnahmeregelung für internistische schwerpunktüber-

greifende Berufsausübungsgemeinschaften beziehungsweise Internisten mit mehreren Schwerpunkten/Zusatzbezeichnungen zur Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten (5.1 beziehungsweise 6.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM) gilt auch hier.

Änderungen Chronikerpauschalen
GOPen 03221 und 04221 (Bechluss BA in seiner 331. Sitzung)

Die Chronikerpauschalen beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nach den GOPen 03221 (Hausärzte) und 04221 (Kinder- und Jugendmediziner) werden um zwei Euro höher bewertet und das Abrechnungsverfahren beim Ansatz der GOPen wird vereinfacht.

Vereinfachung der Abrechnung der GOPen 03221 und 04221 durch Änderung der Zuschlags-systematik

- Bislang erforderte der Ansatz der Chronikerpauschale nach GOP 03221 beziehungsweise 04221 beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zunächst das Löschen der angesetzten ersten Chronikerpauschale nach GOP 03220 beziehungsweise 04220. Dies bedeutete einen hohen Aufwand bei der Praxisabrechnung.
- Ab dem 1. Juli 2014 ist die GOP 03221 beziehungsweise 04221 als Zuschlag zur GOP 03220 beziehungsweise 04220 berechnungsfähig, statt bisher als Zuschlag zur Versichertenpauschale. Damit muss die erste Chronikerpauschale nicht mehr

gelöscht werden, sondern dieser wird bei einem zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal nur noch die zweite Chronikerpauschale GOP 03221 beziehungsweise 04221 hinzugefügt. Der gegenseitige Berechnungsausschluss der Chronikerpauschalen für den ersten und den zweiten Kontakt wird aufgehoben.

Anhebung der Bewertung der GOPen 03221 und 04221 um 2 Euro

■ Die Bewertung der GOPen 03221 und 04221 beträgt ab dem 1. Juli 2014 statt bisher 150 Punkte nur noch 40 Punkte. Durch die geänderte Zuschlagssystematik ergibt sich jedoch in Summe eine Höherbewertung der Chronikerpauschalen beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Höhe von zwei Euro (130 Punkte für GOP 03220 beziehungsweise 04220 + 40 Punkte für GOP 03221 beziehungsweise 04221 = 170 Punkte).

Erweitertes Ultraschallscreening – GOP 01771 bei Mehrlingen mehrfach berechnungsfähig (Beschluss BA in seiner 329. Sitzung)

Die zum 1. Januar 2014 neu in den EBM aufgenommene GOP 01771 für die Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im zweiten Trimenon war bislang nur einmal je Schwangerschaft im Behandlungsfall berechnungsfähig (siehe unser Rundschreiben vom 2. Januar 2014 und Bericht in den KVB INFOS, Ausgabe 3/2014).

Ab dem 1. Juli 2014 wird dem Mehraufwand für die Untersuchung bei Mehrlingen dahingehend Rechnung getragen, dass die GOP 01771 im

Falle einer Mehrlingsschwangerschaft entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach je Schwangerschaft im Behandlungsfall berechnet werden kann.

Kostenpauschale 40156 für Bezug von Mifepriston – Anhebung der Bewertung (Beschluss Nr. 2 der Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte)

Mit Wirkung zum 1. Juli 2014 wurde die Bewertung der Kostenpauschale 40156 (= Kostenpauschale bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs für den Bezug von Mifepriston) von 81,80 Euro auf 89,25 Euro angehoben. Hintergrund ist, dass der Preis für das Medikament, das den Wirkstoff Mifepriston enthält, erhöht wurde.

Redaktionelle Änderungen (Beschluss Nr. 1 der Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte und Beschluss BA in seiner 329. Sitzung)

Verweise auf Bundesmantelvertrag im EBM angepasst

Der Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und der Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) wurden mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 zu einem einheitlichen Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) zusammengeführt. Mit Wirkung zum 1. Juli 2014 wurden daher die Verweise auf die bundesmantelvertraglichen Bestimmungen im EBM redaktionell angepasst.

Redaktionelle Anpassung der Präambel 31.2.1, Absatz 8

Der Bewertungsausschuss hat durch die Aufnahme der GOP 06225 (Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte) in die Präambel 31.2.1 Absatz 8 klargestellt, dass diese auch

im Zeitraum von drei Tagen neben ambulanten laserchirurgischen Eingriffen nach den GOPen 31341 bis 31348 des EBM erbracht und abgerechnet werden kann. Für Ihre Abrechnung ergibt sich durch diese redaktionelle Klarstellung keine Änderung.

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

Neu im EBM ab 1. Oktober 2014: Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 328. Sitzung die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für die ambulante und belegärztliche Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2014 beschlossen. Zugleich wurden Berechnungsmöglichkeiten für präoperative Leistungen, postoperative Überwachungs- und Behandlungskomplexe sowie Narkoseleistungen in medizinisch begründeten Fällen geschaffen und neue augenärztliche Zusatzpauschalen für die Betreuung eines Patienten nach intravitrealer Medikamenteneingabe aufgenommen.

Die wichtigsten Änderungen stellen wir Ihnen nachfolgend im Überblick dar. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und unter der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Neue Gebührenordnungspositionen für die Injektion

Neuaufnahmen in die Abschnitte 31.2.13 und 36.2.13 (Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie) und in den Anhang 2 (OPS) des EBM:

Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 beziehungsweise Z9: **Intravitreale Medikamenteneingabe** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- Für die Durchführung und Abrechnung der Leistungen ist eine **zuvor erteilte Genehmigung** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur intravitrealen Medikamenteneingabe erforderlich. Zur Erteilung der Genehmigung ist ein Antrag zu stellen und es sind fachliche, räumliche, apparativ-technische sowie hygienische Anforderungen zu erfüllen. Sobald die endgültige Fassung der QSV feststeht, wird ein **Antragsformular** zur Verfügung gestellt, aus dem die Genehmigungsvoraussetzungen hervorgehen. Wir werden Sie hierzu in einem Rundschreiben gesondert informieren.

- Voraussichtlich sind folgende fachlichen Voraussetzungen im Rahmen der QSV nachzuweisen: Selbstständige Auswertung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund, selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) sowie die Teilnahme an einem mindestens vierstündigen Kurs zur intravitrealen Medikamenteneingabe. In räumlicher Hinsicht ist unter anderem ein Operationsraum vorzuhalten.
- Die Abrechnung des Eingriffs an beiden Augen nach GOP 31373 beziehungsweise 36373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus (Feldkennung 5009).
- In den Gebührenordnungspositionen sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der **Kosten für das/die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel**, enthalten.
- Die dafür zugelassenen Arzneimittel sind auf den Namen des Patienten auf Muster 16 zu verordnen.

Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 beziehungsweise Z9

Eingriff	OPS-Kode mit Seitenlokalisation	OP-Kategorie	Neue GOP ambulant	Bewertung EBM/B€GO	Neue GOP belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
am rechten Auge	5-156.9R	Z1	GOP 31371	1.618 Punkte 163,90 €	GOP 36371	772 Punkte 78,20 €
am linken Auge	5-156.9L	Z1	GOP 31372	1.618 Punkte 163,90 €	GOP 36372	772 Punkte 78,20 €
an beiden Augen	5-156.9B	Z9	GOP 31373	2.130 Punkte 215,77 €	GOP 36373	1.018 Punkte 103,12 €

- Für die **postoperative Behandlung** im Anschluss an eine ambulante intravitreale Medikamenteneingabe kann die Gebührenordnungsposition 31716 (bei Überweisung durch den Operateur) oder 31717 (bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.
- Im Zusammenhang mit der intravitrealen Medikamenteneingabe können **Anästhesien und/oder Narkosen** (GOP 31821 beziehungsweise 36821) sowie die **postoperativen Überwachungskomplexe** (GOP 31502 beziehungsweise 36502) nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit abgerechnet werden (Feldkennung 5009).
- Die **präoperativen Gebührenordnungspositionen** des Abschnitts 31.1.2 (GOP 31010 bis 31013) können von Hausärzten oder Kinder- und Jugendmedizinern vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nur mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung abgerechnet werden (Feldkennung 5009).
- Die Gebührenordnungsposition 06225 (Zuschlag konservativ tätiger Augenarzt) ist wie bisher nicht berechnungsfähig, wenn Leistungen der intravitrealen Medikamenteneinbringung erbracht werden.
- Neben der intravitrealen Medikamenteneingabe sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, von der operierenden Praxis nur die in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 beziehungsweise 36.2.1 Nr. 4 EBM aufgeführten Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Neue Gebührenordnungspositionen für die augenärztliche Beratung und Betreuung nach einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe

GOP 06334 – Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am rechten Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31373, 36371 oder 36373

- EBM-Bewertung 100 Punkte
- Preis BÉGO 10,13 €
- Nur nach Durchführung einer IVOM nach den GOPen 31371, 31373, 36371 oder 36373 berechnungsfähig (aber kein unmittelbarer Zusammenhang erforderlich, das heißt, kann auch als „alleinige“ Leistung erbracht und abgerechnet werden).
- Im Zeitraum von sechs Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge ist anzugeben (Feldkennung 5034).
- Im Zeitraum von 28 Tagen einmal berechnungsfähig.
- Höchstens sechsmal innerhalb von zwölf Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge berechnungsfähig.
- Sind mehrere Ärzte an der Erbringung der GOP 06334 – gegebenenfalls praxisübergreifend – beteiligt, muss der die Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherstellen, dass die oben genannten Zeiträume eingehalten werden.

GOP 06335 – Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am linken Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31372, 31373, 36372 oder 36373

- EBM-Bewertung 100 Punkte
- Preis BÉGO 10,13 €
- Nur nach Durchführung einer IVOM nach den GOPen 31372, 31373, 36372 oder 36373 berechnungsfähig (aber kein unmittelbarer Zusammenhang erforderlich, das heißt, kann auch als „alleinige“ Leistung erbracht und abgerechnet werden).
- Im Zeitraum von sechs Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge ist anzugeben (Feldkennung 5034).
- Im Zeitraum von 28 Tagen einmal berechnungsfähig.
- Höchstens sechsmal innerhalb von zwölf Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge berechnungsfähig.
- Sind mehrere Ärzte an der Erbringung der GOP 06335 – gegebenenfalls praxisübergreifend – beteiligt, muss der die Gebührenordnungsposition 06335 abrechnende Arzt sicherstellen, dass die oben genannten Zeiträume eingehalten werden.

Aufnahme der neuen GOPen in Anhang 3 zum EBM – Kalkulations- und Prüfzeiten				
GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit	Bewertung EBM/B€GO
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	10	8	Tages- und Quartalsprofil
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	10	8	Tages- und Quartalsprofil
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	27	23	Tages- und Quartalsprofil
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	27	23	Tages- und Quartalsprofil
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	36	31	Tages- und Quartalsprofil
36371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	23	19	Tages- und Quartalsprofil
36372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	23	19	Tages- und Quartalsprofil
36373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	31	25	Tages- und Quartalsprofil

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

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

GOP 06225 EBM: Widerspruch gegen Streichung bei operativer Tätigkeit

Die Rechtmäßigkeit des Zuschlags für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 06225 ist gerichtlich umstritten. Das Sozialgericht München hat in einem ersten Verfahren im Rahmen einer Feststellungsklage mit Urteil vom 5. Februar 2014 entschieden, dass konservativ und operativ tätige Augenärzte entgegen den Bestimmungen der Präambel 6.1 EBM auch dann zur Abrechnung der GOP 06225 berechtigt sind, wenn sie im gleichen Quartal operative Leistungen erbringen und abrechnen.

Gegen diese erstinstanzliche Entscheidung haben sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband als Trägerorganisation des Bewertungsausschusses als auch die KVB Berufung beim Landessozialgericht eingelegt. Dies führt dazu, dass das Urteil des Sozialgerichts München noch nicht rechtskräftig geworden ist und keine Bindungswirkung entfaltet. Bis eine rechtskräftige, gegebenenfalls höchstrichterliche Entscheidung vorliegt, gelten somit uneingeschränkt die Bestimmungen der Präambel 6.1 EBM, sodass nur ausschließlich konservativ tätige Augenärzte zur Abrechnung der GOP 06225 EBM berechtigt sind.

Nur durch einen Widerspruch verhindern Sie, dass der Honorarbescheid bestandskräftig wird und Ihr rechtlicher Anspruch auf eine mögliche Korrektur für den Fall gewahrt bleibt, dass die jetzige EBM-Regelung abschließend als rechtswidrig erachtet beziehungsweise der Bewertungsausschuss eine entsprechende Neuregelung treffen wird. Wir empfehlen Ihnen daher, (weiterhin) gegen die Ihnen in den Honorarunterlagen des jeweiligen Abrech-

nungsquartals ausgewiesenen Streichungen der GOP 06225 Widerspruch einzulegen, wenn Sie diese für unrechtmäßig halten.

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

Kennzeichnungsnummer 99307 nicht mehr gültig

Bislang konnten Schmerztherapeuten für Patienten, bei denen eine CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention geplant war, die Kennzeichnungsnummer 99307 (ohne Wert) in ihre Abrechnung eintragen. Ab 1. Oktober 2014 (Quartal 4/2014) ist die Kennzeichnungsnummer 99307 (Quartal 4/2014) nicht mehr gültig und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr angesetzt werden.

Hintergrund: Zum 1. Juli 2013 wurde auf Wunsch des Berufsverbands die Kennzeichnungsnummer 99307 (ohne Wert) eingeführt (nähere Informationen siehe unser Rundschreiben vom 28. Juni 2013 „Schmerztherapeutische Abklärung vor CT-gestützten Interventionen – Kennzeichnung der Abrechnung“). Die Einführung der Nummer 99307 diente der Dokumentation des Patientenanteils an Schmerzpatienten in der Praxis. Da der enge Überweiserkreis zur CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention (GOP 34504 EBM) bei den Schmerztherapeuten nicht zu den befürchteten Problemen mit der Fallzahlbegrenzung bei der Behandlung von Schmerzpatienten geführt hat, wird die Kennzeichnung aus Sicht des Berufsverbands nicht länger benötigt.

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

Dialysesachkosten

Die Dialysesachkostenpauschalen werden zum 1. Januar 2015 nicht weiter abgesenkt. Die Partner des Bundesmantelvertrags werden zeitnah einen entsprechenden Beschluss fassen.

Hintergrund:

Die Partner des Bundesmantelvertrags hatten gemäß Teil B des Beschlusses zur Anpassung der Dialysesachkosten bis zum 31. August 2014 zu prüfen, ob aufgrund aktueller Daten zur Kosten- und Vergütungssituation der nephrologischen Leistungen und Dialysesachkosten eine Neubewertung und/oder eine Absenkung der Vergütung der Dialysesachkosten erforderlich ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, dass die in Teil B des Beschlusses zum 1. Januar 2015 vorgesehene zweite Stufe der Anpassung der Dialysesachkosten nicht umgesetzt wird.

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

Bundeseinheitliche Laborquote „Q“

Für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine bundesweit anzuwendende Abstufungsquote „Q“ vorgegeben.

Für das zweite Halbjahr 2014 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,80 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.14/Labor*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht einzelner Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, aufgeteilt in die betroffenen Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie.

Lifestyle-Arzneimittel (Anlage II)

Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, dürfen nicht zulasten der GKV verordnet werden.

Der neue G-BA-Beschluss betrifft die Wirkstoffgruppe Abmagerungsmittel, Mittel zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion/Steigerung des sexuellen Verlangens und Haarwuchsmittel.

Hintergrundinformationen lesen Sie im ausführlichen **Verordnung Aktuell** unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

Off-Label-Use (Anlage VI)

Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – verordnungsfähig sind:

- Lamotrigin bei zentralem neuropathischen Schmerz nach Schlaganfall
- Mycophenolat Mofetil bei Myasthenia gravis
- intravenöse Immunglobuline bei Myasthenia gravis
- Cisplatin in Kombination mit Gemcitabin bei fortgeschrittenen Karzinomen der Gallenblase und -wege

Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – **nicht** verordnungsfähig sind:

- liposomales Doxorubicin bei kutanen T-Zell-Lymphomen

Hintergrundinformationen lesen Sie im ausführlichen **Verordnung Aktuell** unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen. Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

Afatinib

- nicht vorbehandelte Patienten ECOG-Performance-Status 0 oder 1
 - Patientengruppe mit EGFR-Mutation Del19: Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen
 - Patientengruppe mit EGFR-Mutation L858R: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen
 - Patientengruppe mit anderen EGFR-Mutationen: Hinweis für einen geringeren Nutzen
- noch nicht vorbehandelte Patienten mit ECOG-Performance-Status 2: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- mit einer oder mehreren Chemotherapie(n) vorbehandelte Patienten: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Emtricitabin/Rilpivirin/Tenofoviridisoproxil (Eviplera®) – neues Anwendungsgebiet

- Antiretroviral (ART) vorbehandelte Patienten: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- „Altes Anwendungsgebiet“: Antiretroviral (ART) **nicht** vorbehandelte Patienten: Beleg für einen geringen Zusatznutzen.

Indacaterol/Glycopyrronium (Ultibro® Breezhaler/ Xoterna® Breezhaler)

- Patienten mit COPD Stufe II: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.
- Patienten mit COPD Stufe III mit höchstens einer Exazerbation pro Jahr: Hinweis für einen geringen Zusatznutzen.
- Patienten mit COPD Stufe IV mit höchstens einer Exazerbation pro Jahr: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Patienten mit COPD Stufe III und Stufe IV mit ≥ zwei Exazerbationen pro Jahr: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Ipilimumab (Yervoy®) – neues Anwendungsgebiet

- Patienten mit BRAF-V600-Mutation-negativem Melanom: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Patienten mit BRAF-V600-Mutation-positivem Melanom: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Dinatrium-EDTA nicht über Sprechstundenbedarf

- „Altes“ Anwendungsgebiet: Erwachsene Patienten mit fortgeschrittenem (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen, die bereits zuvor eine Therapie erhalten haben: Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.

Lomitapid (Lojuxta®)

- Patienten, bei denen medikamentöse und diätische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft worden sind: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.
- Patienten, bei denen medikamentöse und diätische Optionen zur Lipidsenkung nicht ausgeschöpft worden sind: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

Radium-223-dichlorid (Xofigo®)

- Patienten, für die eine Behandlung mit Docetaxel infrage kommt: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Patienten, für die eine Behandlung mit Docetaxel nicht infrage kommt: Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.

Retigabin (Trobalt®) – neues Anwendungsgebiet

- Behandlung als Zusatztherapie für pharmakoresistente fokale Krampfanfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Patienten mit Epilepsie im Alter von 18 Jahren oder älter, bei denen andere geeignete Arzneimittelkombinationen unzureichend wirkten oder nicht vertragen wurden: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

Trastuzumab Emtansin (Kadcyla®)

- Patientinnen mit HER2-positivem, inoperablem lokal fortgeschrittenem Brustkrebs: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.
- Patientinnen mit HER2-positivem, metastasiertem Brustkrebs, nach vorangegangener Therapie, Anthrazykline, Taxane und Trastuzumab enthaltend: Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen
- Patientinnen mit HER2-positivem, metastasiertem Brustkrebs, nach vorangegangener Therapie mit Taxanen und Trastuzumab, jedoch ohne Anthrazykline: Ein Zusatznutzen gilt als nicht belegt.

Turoctocog alfa (NovoEight®)

- Behandlung und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie A (angeborener Mangel an Faktor VIII), alle Altersgruppen: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Hintergrundinformationen lesen Sie im ausführlichen **Verordnung Aktuell** unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Frühe Nutzenbewertung*.

Dinatrium-EDTA-Lösung wird unter anderem bei mikroskopischen Untersuchungen verwendet. Die Kosten für die Beschaffung und gegebenenfalls die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.

Der Bezug dieser Substanzen über Sprechstundenbedarf ist unzulässig.

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

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

Mobile Frühförderung

Im Dezember 2013 haben wir Sie über die Kriterien für die Verordnung von mobiler Frühförderung bei den medizinisch-therapeutischen Maßnahmen informiert.

In der Zwischenzeit fanden einige Gesprächsrunden unter Beteiligung aller Vertragspartner (Krankenkassen, Vertreter der Frühförderstellen, KVB) statt, die zu folgendem Konsens geführt haben:

Die Entscheidung über die Notwendigkeit medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung trifft allein der behandelnde Arzt ausschließlich aus medizinischen Gründen. An erster Stelle steht also die grundsätzliche Entscheidung über den Leistungsinhalt.

Erst an zweiter Stelle folgt die Entscheidung über die Form der Behandlung. Auch hier ist eine Entscheidung über die mobile Variante der Leistungserbringung unstrittig, wenn eine medizinische Indikation im engeren Sinne vorliegt, wie beispielsweise bei fehlender Transportfähigkeit oder bei Funktionsstörungen, die eine Behandlung in der Lebenswelt des Kindes nahelegen (zum Beispiel Mobilitätstraining in der elterlichen Wohnung).

Nur in den verbleibenden Fällen stellt sich die Frage, ob aus anderen Gründen eine mobile Leistungserbringung angezeigt ist, um sicherzustellen, dass das behandlungsbedürftige Kind überhaupt eine Behandlung erhalten kann. In diesen Fällen sind bei der Indikationsstellung Gründe zu berücksichtigen, die in den Lebensumständen des Kindes oder der Familie liegen, soweit diese den medizinischen Erfolg der Therapien gefährden. Organisatori-

sche Gründe aus der Sphäre der Frühförderstelle dürfen nicht zur Begründung einer mobilen Verordnung herangezogen werden.

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

Frühförderung – Druckfehler auf dem Förderplan

Es besteht keine Pflicht zur Begründung der Verordnung von medizinisch-therapeutischen Leistungen in mobiler Form auf dem Förder- und Behandlungsplan.

Die bayerischen Krankenkassen haben uns darüber informiert, dass durch einen Fehler beim Druck der Förder- und Behandlungspläne bei den medizinisch-therapeutischen Leistungen ein „Sternchen-Zusatz“ bei dem Begriff „mobile Einzelbehandlung*“ erfolgt ist.

Bitte dokumentieren Sie die Gründe für eine Verordnung in mobiler Form zur Neufestlegung wie bisher auch in der Patientenakte, eine Begründung auf dem Vordruck ist nicht erforderlich. Im Umlauf befindliche Vordrucke sind weiterzuverwenden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neuer Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“

Mit der Veröffentlichung der Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ setzt die KVB ihre Hygieneinitiative zur Prävention von Infektionen und Erregerübertragungen für den ambulanten Bereich fort. Den niedergelassenen Vertragsärzten und ihren Praxismitarbeitern steht mit diesem Leitfaden ein Kompendium zum Download zur Verfügung, das die vielfältigen Informationen und Materialien auf den Internetseiten der KVB zu Themen der Hygiene und Infektionsprävention ergänzt.

Die Broschüre wurde federführend vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) der KVen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt, die KVB war an der Entwicklung maßgeblich beteiligt. Der Leitfaden soll helfen, das Hygienemanagement in den Arztpraxen auf den bestmöglichen Infektionsschutz für Patienten und Praxismitarbeiter auszurichten und rechtliche Anforderungen umzusetzen. Viele Hinweise daraus lassen sich direkt in das eigene Qualitätsmanagementsystem der Praxis übernehmen und für Personalschulungen anwenden.

Mit dem Leitfaden wird ein umfassendes und kompaktes Informationswerk für die ambulante Versorgung bereitgestellt. Durch praxisnahe Empfehlungen dient es sowohl als Grundlage zur Erstellung beziehungsweise Ergänzung des eigenen Hygieneplans als auch zur Überprüfung des bestehenden Hygienemanagements insgesamt. So werden neben den rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Arbeitsschutz insbesondere die Anforderungen der Personalhygiene, der Umgebungshygiene, der Hygiene bei allgemeinen Behandlungsmaß-

nahmen und bei bekannt infektiösen Patienten sowie im Umgang mit Medikamenten und Impfstoffen dargestellt und erläutert. Zudem beinhaltet der Leitfaden zahlreiche Informationen für Betreiber und Anwender von Instrumenten und anderen Medizinprodukten und zu deren Aufbereitung.

Sie finden die neue Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ neben weiteren Informationen und Links unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte*.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Fachreferenten Hygiene, Dr. Lutz Bader, unter

Telefon	0 89 / 5 70 93 – 34 77
Fax	0 89 / 5 70 93 – 42 91
E-Mail	SVS@kvb.de

Zervix-Zytologie – Einführung der Münchner Nomenklatur III

Seit 1990 ist die Münchner Nomenklatur II das in der Bundesrepublik Deutschland gebräuchliche Schema einer einheitlichen Befundwiedergabe für die gynäkologische Abstrichzytologie der Zervix. Verschiedene, mit römischen Zahlen versehene Befundkategorien spiegeln darin das Risiko wider, mit dem sich ein Zervixkarzinom entwickeln kann, oder weisen darauf hin, dass es bereits vorliegt. Die Anwendung dieses Befundschemas ist für die zytologischen Untersuchungen gesetzlich krankensicherter Frauen laut Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie (QSV) Pflicht.

Am 1. Juli 2014 ist nun eine aktualisierte Version der Münchner Nomenklatur in Kraft getreten. In dieser **Münchner Nomenklatur III** ist das Befundschaema aufgrund neuer Erkenntnisse zur Tumorbologie des Zervixkarzinoms überarbeitet worden. Die bekannte Einteilung in Gruppen versehen mit römischen Ziffern wurde beibehalten. Die neue Nomenklatur enthält aber weitere Untergruppen, die mit Suffixen gekennzeichnet sind. Dies ermöglicht eine differenziertere Unterteilung. Zudem können die Befunde aufgrund präziserer Definitionen nunmehr klarer zugeordnet werden.

Zum 1. Januar 2015 wird die QSV einschließlich des Musterbogens für die Jahresstatistik nach der Anlage 2 zur QSV und des Musters 39 für die Dokumentation der zytologischen Untersuchung gemäß Anlage I der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien an die neue Münchner Nomenklatur III angepasst. Die neue Nomenklatur muss ab diesem Zeitpunkt sowohl bei der Befunddokumentation als auch für die Jahresstatistik ab Berichtsjahr 2015 ge-

Münchner Nomenklatur III	
Gruppe	Definition
0	Unzureichendes Material
I	Unauffällige und unverdächtige Befunde
II-a	Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese
II	Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert
II-p	Plattenepithelzellen mit geringergradigen Kernveränderungen als bei CIN, auch mit koilozytärem Zytoplasma/Parakeratose
II-g	Zervikale Drüsenzellen mit Anomalien, die über das Spektrum reaktiver Veränderungen hinausreichen
II-e	Endometriumzellen bei über 40-Jährigen in der zweiten Zyklushälfte
III	Unklare beziehungsweise zweifelhafte Befunde
III-p	CIN 2/3/ Plattenepithelkarzinom nicht auszuschließen
III-g	Ausgeprägte Atypien des Drüsenepithels, Adenocarcinoma in situ/invasives Adenokarzinom nicht auszuschließen
III-e	Abnorme endometriale Zellen (insbesondere postmenopausal)
III-x	Zweifelhafte Drüsenzellen ungewissen Ursprungs
IIID	Dysplasiebefunde mit größerer Regressionsneigung
IIID1	Zellbild einer leichten Dysplasie analog CIN 1
IIID2	Zellbild einer mäßigen Dysplasie analog CIN 2
IV	Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms
IVa-p	Zellbild einer schweren Dysplasie/eines Carcinoma in situ analog zu CIN 3
IVa-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ
IVb-p	Zellbild einer CIN 3, Invasion nicht auszuschließen
IVb-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ, Invasion nicht auszuschließen
V	Malignome
V-p	Plattenepithelkarzinom
V-g	Endozervikales Adenokarzinom
V-e	Endometriales Adenokarzinom
V-x	Andere Malignome, auch unklaren Ursprungs

Zulassungsentzug für Informed-Praxisverwaltungssysteme

nutzt werden. Die derzeit geltenden Mindestvorgaben zur Befunddokumentation und Jahresstatistik gemäß der Münchner Nomenklatur II bleiben also noch bis zum 31. Dezember 2014 bestehen. Es spricht jedoch nichts dagegen, bereits jetzt nach den neuen Vorgaben zu dokumentieren. In den Praxisverwaltungssystemen (PVS) ist die Münchner Nomenklatur III allerdings noch nicht hinterlegt. Die Systeme sollen spätestens zum Start des ersten Quartals 2015 aktualisiert sein.

Weitere Informationen finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Zytologie unter www.zytologie.org/muenchner-nomenklatur und bei denen der Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland e.V. – Bundesverband der Zytologen unter www.azaed.de. Die ab 1. Januar 2015 geltende Fassung der Qualitätssicherungs-Vereinbarung können Sie unter www.kbv.de/html/themen_2862.php abrufen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat uns darüber informiert, dass sie den Praxisverwaltungssystemen „Informed“ und „Informed Classic“ folgende Zulassungen entzogen hat:

- Die Zulassung für die elektronische Abrechnung (KVDT) wurde zum 1. Januar 2014 entzogen.
- Die Zulassung für die Arzneimittelverordnungssoftware wurde zum 11. April 2014 entzogen.

In der Begründung der KBV vom 3. Juli 2014 heißt es: „Die Firma Informed GmbH erfüllt die Anforderungen an die Abrechnung (KVDT) nicht mehr. So wurde die PVS-gestützte 1-Click-Abrechnung auf Basis von KV-Connect in den Systemen „Informed“ und „Informed Classic“ nicht umgesetzt. Hierzu forderte die KBV die Firma seit November 2012 auf. (...) Ein Nachweis über die Korrektur in den Systemen „Informed“ und „Informed Classic“ wurde der KBV bis zum heutigen Datum nicht erbracht. Termine für eine persönliche Begutachtung der Systeme durch die KBV wurden vermehrt kurzfristig durch die Informed GmbH abgesagt.“

Nach Informationen der KBV werden auch die Anforderungen an das Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) von der Firma Informed GmbH nicht mehr erfüllt. Der KBV wurde gemeldet, dass die Arzneimitteldaten der Systeme „Informed“ und „Informed Classic“ seit mehreren Quartalen nicht mehr aktualisiert wurden. Dies stellt einen Verstoß gegen die Anforderungen des AVWG dar. Darin ist geregelt, dass ein mindestens quartalsweises Update der Daten erforderlich ist. Die KBV forderte die Informed GmbH im Januar 2014 dazu auf, die Mängel zu beheben und einen Nach-

weis darüber zu erbringen. Ein solcher Nachweis wurde durch die Informed GmbH bis Ende Juni 2014 nicht erbracht.

Die verantwortliche Firma Informed GmbH hat sowohl gegen den Entzug der Zulassung für die elektronische Abrechnung (KVDT) als auch gegen den Entzug der Zulassung für die Arzneimittelverordnungssoftware Widerspruch eingelegt. Die den Widersprüchen zurückweisenden Bescheide sind jedoch noch nicht bestandskräftig, da sie mit einer Klage angegriffen werden können*.

Da die Entzugsbescheide der KBV noch nicht bestandskräftig sind*, werden Abrechnungen, die mit einem der betroffenen Systeme erstellt wurden, bis auf Weiteres von der KVB angenommen und bearbeitet. Sollten die Bescheide bestandskräftig werden, gewährt die KVB die Einreichung und Bearbeitung der Abrechnungen über die Systeme „Informed“ und „Informed Classic“ noch bis einschließlich Abrechnungsquartal 4/2014.

Sobald uns die KBV einen neuen Sachstand mitteilt, werden wir betroffene Praxen persönlich informieren, damit diese gegebenenfalls auf ein anderes Praxisverwaltungssystem umsteigen können. In der Zwischenzeit empfehlen wir den Betroffenen, mit ihrem Systembetreiber Kontakt aufzunehmen.

**Stand zum Redaktionsschluss am 4. August 2014.*

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
E-Mail IT-Beratung@kbv.de

Wirtschaftlichkeitsprüfung – Argumentation vor den Prüfungseinrichtungen

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung handelt es sich um ein Thema von erheblicher Komplexität. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen an dieser Stelle Tipps an die Hand geben, wie Sie sich mit Ihrer Stellungnahme im Falle eines Prüfverfahrens vor den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung optimal positionieren können.

Die Prüfungsstelle Ärzte Bayern ist verpflichtet, Sie über die Einleitung eines Prüfverfahrens zu informieren und Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Hat die Prüfungsstelle ihre erstinstanzliche Entscheidung getroffen, kann hiergegen Widerspruch beim Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern eingelegt werden. Hier haben Sie erneut Gelegenheit, Ihre Argumente im Rahmen einer Widerspruchsbegründung darzulegen. Außerdem besteht die Möglichkeit, eine mündliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss zu beantragen. Werden Argumente erst im gerichtlichen Verfahren vorgebracht, kann das Gericht diese unberücksichtigt lassen. **Mit konkret und nachvollziehbar dargelegten Praxisbesonderheiten müssen sich die Prüfungsgremien befassen.**

Für die Rechtfertigung der eigenen Abrechnungs- und Verordnungswerte ist es daher von besonderer Bedeutung, bestehende **Praxisbesonderheiten** und sogenannte „**kompensatorische Einsparungen**“ bereits im Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen vorzutragen. Zu den „Praxisbesonderheiten“ zählen alle Umstände, die sich auf das Behandlungs- und Ordnungsverhalten kostenrelevant auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in

derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Es genügt allerdings nicht, das Vorliegen einer Praxisbesonderheit nur zu behaupten. Praxisbesonderheiten sollten möglichst im Detail, also auf den konkreten Fall und/oder das konkrete Präparat bezogen vorgetragen und die damit verbundenen Auswirkungen exakt beziffert werden. Zusatzbezeichnungen, Spezialisierungen oder Schwerpunkte müssen sich anhand Ihrer Praxisklientel nachvollziehen lassen. Legen Sie dar, warum das

besondere Patientengut zu einem Mehrbedarf in dem geprüften Bereich führt. Häufig ist auch eine eigene Auflistung sämtlicher als Praxisbesonderheit geltend gemachter Fälle – oder zumindest eine repräsentative Zahl – ratsam.

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie eine beispielhafte (bei Weitem nicht abschließende) Übersicht über typische Praxisbesonderheiten sowie Hinweise, wie diese dargestellt werden können.

Beispiele für typische Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheit	Empfehlung
Hoher Rentneranteil, insbesondere überdurchschnittlich viele „alte“ Rentner	Altersgewichtung der Prüfeinrichtungen nach M/F/R entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität, insbesondere sehr alte Patienten bedingen überdurchschnittlich hohe Verordnungskosten; Auflistung betroffener Patienten
Landarztpraxis, schlechte Versorgung durch Fachärzte in der Region	Entfernung zu nächstliegenden Facharztpraxen darstellen, systematische Darstellung des Patientenguts, das eigentlich fachärztlich betreut werden müsste
Geringe Fallzahl	Bei Unterschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe um 80 Prozent nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kein statistischer Vergleich mehr möglich; geringe Fallzahl hat deutliche Auswirkungen bezüglich Verdünnerfällen
Schwerpunkt weicht von Fachgruppe ab beziehungsweise Betätigungsfeld unterscheidet sich von dem der Vergleichsgruppe	Systematische Darstellung des Schwerpunkts, eventuell der besonderen Genehmigungen, die zu besonderem Praxisklientel führen, Auflistung der betroffenen Patienten; Beispiele: ambulantes Operieren, Balneologie, Fachgruppenwechsel, belegärztliche Tätigkeit, etc.
Chronische Schmerzpatienten, Palliativpatienten, multimorbide Patienten	Auflistung der Patienten mit Nach- und Vornamen, Geburtsdatum, Versicherungsträgern, Diagnosen, Kosten, Anamnese
Betreuung von Alten-/Pflegeheimen	Namen der Heime, Auflistung der dort betreuten Patienten mit Nach- und Vornamen, Geburtsdatum, Versicherungsträgern, Diagnosen, Kosten

Insbesondere in der Prüfgruppe der Allgemeinärzte bestehen im Bereich der Arznei- und Heilmittelverordnung zusätzlich grundsätzliche Zweifel an der Prüfsystematik basierend auf Durchschnittswerten. Eine systematische Darstellung dieser Bedenken finden Sie in der KVB-Broschüre „Die aktuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung: Willkür bei den Kriterien“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Informationsmaterial/Verordnung*.

Die Darstellung der Praxisbesonderheiten kann nur gegenüber der für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Prüfungsstelle Ärzte Bayern und ausschließlich im Rahmen eines konkreten Prüfverfahrens erfolgen. Vorsorgliche Darstellungen von Praxisbesonderheiten, die immer wieder zusammen mit den Abrechnungsunterlagen bei der KVB eingehen, können in etwaigen späteren Verfahren der Prüfungsstelle nicht berücksichtigt werden.

Gerne bieten wir Ihnen unsere Unterstützung bei allen Fragen rund um das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie eine individuell auf Ihre Praxis zugeschnittene Beratung für Ihre Argumentation vor den Prüfeinrichtungen zur Darstellung von Praxisbesonderheiten an.

Sie erreichen uns in Nürnberg

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 7 66 und
– 6 51

Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 66 51

E-Mail KVWP@kvb.de

oder in Regensburg

Telefon 09 41 / 39 63 – 3 56

Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 20

E-Mail KVWP@kvb.de

„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:

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:

- 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:

- 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:

- 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:

- 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

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

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte und Kinderärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte und Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Alles rund ums Arbeitsrecht

Hautkrebsscreening

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operativ tätige Fachärzte

Gründer-/Abgeberforum

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	23. September 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. September 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. September 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	30. September 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Oktober 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Oktober 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	1. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Oktober 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Oktober 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	15. Oktober 2014	13.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	18. Oktober 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Psychotherapeuten, die einen Qualitätszirkel gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	27. September 2014	9.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte, die einen Qualitätszirkel gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	11. Oktober 2014	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren mit Grund- oder Kompaktschulung	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	München

