

KVBINFOS 2014



JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2014

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung Serienangiographie	5/57	Die nächsten Zahlungstermine	11/134
Abrechnung von GOP 03360 und 03362	5/56	Die nächsten Zahlungstermine	12/150
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2013	1-2/2	Gemeinsame Abrechnungshinweise der BLÄK und KVB zu Laborleistungen	11/135
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2014	3/22	Geplante EBM-Änderungen zum 1. Januar 2015	12/154
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2014	4/38	Gestationsdiabetes: GOPen 01776, 01777, 01812	4/40
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014	6/70	GOP 06225 EBM: Widerspruch gegen Streichung bei operativer Tätigkeit	9/106
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014	7-8/82	GOP 32045 – Abrechnungsvoraussetzungen	1-2/7
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014	9/98	GOPen 06334 und 06335 für IVOM	11/134
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014	10/122	Honoraranträge: Fax oder Postversand?	10/124
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2014	12/150	HVM ab 1. Januar 2014	1-2/4
Änderungen des EBM	3/24	Hyposensibilisierungsbehandlung: GOP 30131 neben 30130	10/124
Änderungen des EBM zum 1. April 2014: MRSA und Redaktionelles	5/54	Im Ausland krankenversicherte Patienten	5/58
Änderungen des EBM zum 1. Juli 2014	9/100	Informationen zum HVM ab 1. Januar 2014 sowie ab 1. Juli 2014	7-8/86
Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2014	1-2/3	Internisten: Abrechnung von Schwerpunktleistungen	12/154
Berechnungsfähigkeit Mammastanzbiopsie	7-8/83	Keine Klammerung bei Honoraranträgen und Widersprüchen	10/123
Bestimmung von CRP und BAK im Bereitschaftsdienst	11/134	Kennzeichnungsnummer 99307 nicht mehr gültig	9/106
Bundeseinheitliche Laborquote „Q“	9/107	Künstliche Befruchtung	5/58
Chronikerpauschalen	12/153	KV-Statistiken richtig lesen – richtig reagieren	6/71
Dialysesachkosten	9/107	Laborkompodium: neue KBV-Richtlinie	5/57
Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2	Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin ab 1. Januar 2014	1-2/6
Die nächsten Zahlungstermine	3/22	Mammographie-Screening – Punktzahlanpassung	1-2/7
Die nächsten Zahlungstermine	4/38	Mammographie-Screening: Anhebung der Punktzahlen	7-8/84
Die nächsten Zahlungstermine	5/54	Mutterschaftsvorsorge in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch	7-8/84
Die nächsten Zahlungstermine	6/70		
Die nächsten Zahlungstermine	7-8/82		
Die nächsten Zahlungstermine	9/98		
Die nächsten Zahlungstermine	10/122		

	Ausgabe/Seite
Neu ab 1. Januar 2015: Psychoanalytisch begründete Verfahren bei Kindern und Jugendlichen in kleinen Gruppen	12/152
Neu im EBM ab 1. Oktober 2014: Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)	9/103
Neue Palliativziffern im EBM	3/27
Parallelberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT	3/27
Richtigstellung: GOP 04220 und 04221	5/56
Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	1-2/7
Versichertenpauschale bei Hausärzten sowie bei Kinder- und Jugendmedizinern	4/40
Weiterentwicklung Humangenetik	5/57
Zuzahlung Heilmittel ab 1. Januar 2015	12/153

ALLGEMEINES

	Ausgabe/Seite
Ab 1. Januar gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte	10/128
Allgemeinmedizinische Weiterbildung	12/162
Behandlung von Asylbewerbern	10/129
Ebola-Fieber: Informationen für Ärzte	11/142
Impfex: Online-Fortbildungen aktualisiert	4/47
Impfung gegen Poliomyelitis	1-2/14
Informationspaket rund um das Thema „Masern“	5/64
Keine Regresse aus Richtgrößenprüfungen von 2002 bis 2008	1-2/10
Kodiervorschläge von Krankenkassen	5/64
Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen	4/45
Neue regionale Vereinbarung „Amblyopiescreening“	4/45
Programm „Kinder kranker Eltern“ auch für SBK-Versicherte	4/46
Rechenschaftsbericht der KVB	1-2/11
Übermittlung von Patientendaten an den MDK	12/162
Unterversorgung: Beschlüsse wirksam	3/31
Verlängerung Leuchtturmprojekte mit AOK Bayern	1-2/14
Wegweiser Psychotherapie aktualisiert	10/127
Wirtschaftlichkeitsprüfung – Argumentation vor den Prüfungseinrichtungen	9/114

	Ausgabe/Seite
IT IN DER PRAXIS	
eGK – Erprobung Online-Rollout (Stufe 1)	12/159
Erinnerung: Ab 1. Januar 2015 Behandlung nur noch mit der eGK	12/159
Formularbedruckung	11/141
Korrekte Formularbedruckung	12/161
Neuerungen zur Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)	11/140
Software-Updates zeitig einspielen	12/160

PRAXISFÜHRUNG

Zulassungsentzug für Informed-Praxisverwaltungssysteme	9/113
--	-------

QUALITÄT

Abnahmeprüfung Sonographie	11/139
Abnahmeprüfung Sonographie	12/158
DMP-Feedbackberichte für 2. Halbjahr 2013 abrufbar	5/63
DMP-Feedbackberichte für erstes Halbjahr 2014	10/127
MedHygV – aktuelle Informationen zum Ambulanten Operieren	5/62
Neuer Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“	9/111
QSV zur Dünndarm-Kapselendoskopie und Intravitrealen Medikamenteneingabe	12/158
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse	1-2/8
Zentrale Telefonie für Fragen zur Sonographie	4/44
Zervix-Zytologie – Einführung der Münchner Nomenklatur III	9/112

SEMINARE

	Ausgabe/Seite
Fehler erkennen – daraus lernen	7-8/90
Geriatriewochenenden der KVB	1-2/16
Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung	1-2/17
Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen	7-8/90
Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch	12/164

VERORDNUNGEN

Abgabe von Importarzneimitteln	12/156
Aktualisierung der Übersicht zu fiktiv zugelassenen Arzneimitteln	3/29
Allergie-Diagnostika und GOP 30110 sowie 30111	11/139
Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie	3/29
Anfragen von Krankenkassen: Broschüre hilft	4/41
Arzneimittelvereinbarung	3/29
Arzneimittelverordnungssoftware	6/72
Aureomycin-Augensalbe nicht mehr im Vertrieb	11/138
Aut-idem-Regelung: Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten	10/125
Cyclopentolat-Augentropfen-0,5 %	7-8/89
Dinatrium-EDTA nicht über Sprechstundenbedarf	9/109
Dipyridamol mit Acetylsalicylsäure von der Verordnung ausgeschlossen	4/43
Elektronische Gesundheitskarte	5/61
Enzalutamid (Xtandi®) ist Praxisbesonderheit	11/138
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	1-2/8
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	5/59
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	6/74
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	7-8/88

Ausgabe/Seite	Ausgabe/Seite		
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	9/108	MRSA-Dekolonisierung: Verordnung von Arzneimitteln	6/74
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	10/126	Neue BtM-Rezepte	11/137
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	11/136	Neue orale Antikoagulantien	6/75
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	12/155	Nutzenbewertung von Arzneimitteln	7-8/88
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	3/28	Orientierungsrahmen für Blutzuckerteststreifen	6/73
Erstverordnung von Hörhilfen	12/157	Pentalong 80 mg außer Vertrieb	7-8/89
FAQ zu Praxisbesonderheiten und Heilmittelbedarf	7-8/87	Preisgünstige Blutzuckerteststreifen	5/61
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	12/156	Richtigstellung Artikel „Levonorgestrel“	3/31
Frühförderung – Druckfehler auf dem Förderplan	9/110	Rotavirus-Impfung – Aufnahme in Schutzimpfungs-Richtlinie	4/41
Grippeimpfstoffe über Sprechstundenbedarf	7-8/87	Rückruf einer Charge Milupa Aptamil PDF Pulver®	4/42
Häusliche Krankenpflege (HKP-RL)	3/30	Thilorbin® in Deutschland erneut nicht verfügbar	4/42
Heilmittelerbringer haben eine Prüfpflicht	6/72	Wirtschaftliche Ordnungsweise parenteraler Ernährung	3/30
Heilmittelverordnung: ICD-10-GM-Code angeben	6/72		
Herstellung von Arzneimitteln	6/76		
Impfung gegen Hepatitis B	5/60		
Impfung gegen Influenza	5/60		
Impfung gegen Poliomyelitis bei Asylbewerbern	3/31		
Keine Nutzenbewertung von Florbetaben	5/61		
Keine Nutzenbewertung von Fluorethylcholin	4/43		
Kombinierte hormonale Kontrazeptiva	5/61		
Levonorgestrel – Checkliste Notfallkontrazeption	1-2/8		
Lubricano® Steriles Gel – Verlängerung der Befristung aktualisiert	4/44		
Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)	11/137		
Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)	12/155		
Metoclopramid (MCP)-haltige Tropfen	6/75		
Mobile Frühförderung	9/110		
MRSA-Dekolonisierung: Neufassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie	6/73		

KVBIINFOS

01|14
02|14

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2013
- 3 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2014
- 4 HVM ab 1. Januar 2014
- 6 Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin ab 1. Januar 2014
- 7 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- 7 Mammographie-Screening – Punktzahlanpassung
- 7 GOP 32045 – Abrechnungsvoraussetzungen

VERORDNUNGEN

- 8 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 8 Levonorgestrel - Checkliste Notfallkontrazeption

QUALITÄT

- 9 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

ALLGEMEINES

- 10 Keine Regresse aus Richtgrößenprüfungen von 2002 bis 2008
- 11 Rechenschaftsbericht der KVB
- 14 Verlängerung Leuchtturmprojekte mit AOK Bayern
- 14 Impfung gegen Poliomyelitis

SEMINARE

- 14 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 15 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 16 Geriatriewochenenden der KVB
- 17 Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung
- 18 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Januar 2014
Abschlagszahlung Dezember 2013

31. Januar 2014
Restzahlung 3/2013

10. Februar 2014
Abschlagszahlung Januar 2014

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 4/2013

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2013 bis spätestens **Freitag, den 10. Januar 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 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

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2014

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

elektronischen Dokumentationen (zum Beispiel Dialyse) das Einreichungsdatum **10. Januar 2014** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „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

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die B€GO mit Europreisen. Regional, das heißt zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen, wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2014 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 10,13 Cent vereinbart. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert zum 1. Januar 2014.

In dieser Ausgabe der KVB INFOS geben wir Ihnen die B€GO auf Basis des Punktwerts von **10,13 Cent** bekannt.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Auf der Internetseite der KVB stellen wir Ihnen die B€GO unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/BEGO-EBM* bereit. Sie haben hier die Wahl, die B€GO im öffentlichen Bereich als GOP-Übersicht mit bayerischen Euro-Preisen im PDF-Format herunterzuladen oder im geschlossenen Mitgliederbereich das elektronische B€GO-Informationssystem (als Online- beziehungsweise Download-Version) zu nutzen.

Eine Versendung der B€GO auf CD-ROM mit dem MitgliederMagazin

HVM ab 1. Januar 2014

KVB FORUM erfolgt seit Oktober 2013 nicht mehr, nachdem sich bei vorhergehenden Versandaktionen immer wieder gezeigt hatte, dass kurzfristig auf Bundesebene noch beschlossene Änderungen zur Gebührenordnung von uns beim Druck der CD nicht mehr berücksichtigt werden konnten und so die Aktualität der ausgelieferten Euro-Gebührenordnungen nicht gewährleistet war.

Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf CD-ROM auch per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 23. November 2013 einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschlossen, in dem die Honorarverteilung ab dem Quartal 1/2014 geregelt wird. Mit dem ab 1. Januar geltenden HVM wird die Systematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) beibehalten.

Obergrenze aus RLV und QZV

- Bis zur Obergrenze erfolgt eine Vergütung zu den Preisen der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO). Wird die Obergrenze überschritten, wird für diese Überschreitung eine abgesenkte Vergütung bezahlt. Diese sogenannte „Überschreitungsquote“ ist je Fachgruppe unterschiedlich.
- Für die Obergrenze relevant sind auch ab Quartal 1/2014 weiterhin grundsätzlich die aktuellen RLV-beziehungsweise QZV-Fallzahlen.
- Vor Jahresbeginn werden – für alle Quartale gleich – fachgruppenspezifische (kalkulatorische) RLV- und QZV-Fallwerte für das Jahr 2014 im Internet bekanntgegeben.

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2014 unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.14/ Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Dort finden Sie auch eine aktualisierte Online-Fassung der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ ab 1. Januar 2014.

Ermittlung der Obergrenze

- Die zu Jahresbeginn bekanntgegebenen RLV- und QZV-Fallwerte können zum Zeitpunkt der Ab-

rechnung abgesenkt werden, falls insbesondere eine entsprechende Fallzahl- beziehungsweise Mengendynamik dies in den einzelnen Fachgruppen notwendig macht. Dabei gilt eine Untergrenze in Höhe von 95 Prozent für die RLV-Fallwerte und 85 Prozent für die QZV-Fallwerte.

- Die Obergrenze ergibt sich aus der Multiplikation dieser Fallwerte mit den aktuellen Fallzahlen und wird nach Eingang der Abrechnung ermittelt. Das Ergebnis der Honorarermittlung sowie Details zu Obergrenze und Überschreitung der Obergrenze können dann den Honorarunterlagen entnommen werden.
- Beibehalten wird auch die Regelung der Fallzahlzuwachsbegrenzung, der Fallwertminderung, die Verrechenbarkeit zwischen RLV und QZV, die Verrechnungsmöglichkeiten innerhalb einer BAG sowie die sogenannte BAG-Zuschlagsregelung.

Hausärzte – Änderungen ab 1. Januar 2014

HVM-Regelungen aufgrund der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. Oktober 2013

Neue EBM-Leistungen

Die neuen Leistungen im EBM werden **außerhalb des RLV und der QZV ohne Mengengrenzung vergütet:**

- Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex (GOP 03362)
- Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 beziehungsweise 4.2.5 (GOP 03370 bis 03373 beziehungsweise 04370 bis 04373)
- Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (GOP 04355)

Geänderte EBM-Leistungen

Die folgenden Leistungen waren als Bestandteil der Versichertenpauschale oder als eigene Leistung bereits im EBM enthalten und bisher im RLV. Die geänderten EBM-Leistungen werden ab 1. Januar 2014 **außerhalb des RLV und der QZV ohne Mengengrenzung** vergütet:

- Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 beziehungsweise 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags („Vorhaltepauschale“ GOP 03040 beziehungsweise 04040)
- Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221 beziehungsweise 04220 und 04221)
- Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230 beziehungsweise 04230). Das Gespräch unterliegt jedoch einem begrenzten Punktzahlvolumen nach dem EBM.
- Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (GOP 03360)

Änderungen in Bezug auf die Obergrenzen-Systematik

- Die RLV-Fallwerte werden in fünf Altersklassen aufgeteilt (analog der Altersklassen der Versichertenpauschalen).
- Der BAG-Zuschlag wird von zehn auf 22,5 Prozent für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten aus ausschließlich Hausärzten oder ausschließlich Kinder- und Jugendärzten geändert.
- Die GOP 03332 wird aus dem QZV „Proktologie Hausärzte“ gestrichen (als Folge der Streichung dieser Gebührenordnungsposition aus dem EBM).

Sicherstellungsregelung für Vorhaltepauschale im Vertretungsfall

Mit den EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013 wurde die Versichertenpauschale im Vertretungsfall abgesenkt. Um die Vertretung während Urlaubs- oder Krankheitszeiten sicherzustellen, wurde folgende Sicherstellungsregelung in den HVM aufgenommen:

- Vorhaltepauschale im Vertretungsfall: 50 Prozent der GOP 03040 beziehungsweise 04040
- Im Vertretungsfall wird zusätzlich zur GOP 03010 die Nummer 97045 beziehungsweise zur GOP 04010 die Nummer 97046 automatisch zugefügt (ab Quartal 4/2013).
- Die Regelung gilt bis zu einer entsprechenden Änderung des EBM.

Fachärzte - Fachgruppenbezogene Änderungen ab 1. Januar 2014

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater

Diese drei Fachgruppen werden bei der Prüfung, ob ein Fallzahlzuwachs von mehr als drei Prozent vorliegt und damit die Fallzahlzuwachsgrenzung greift, ab 1/2014 gemeinsam betrachtet.

Kardiologen

Die bisher als „Topf-im-Topf-Leistungen“ vergüteten GOP 01520 (Beobachtung nach LHK) und GOP 01521 (Beobachtung nach Intervention) werden ab 1/2014 als freie Leistungen vergütet.

Urologen

Die bisher freie Leistung GOP 26330 (Stoßwellenlithotripsie) wird ab Quartal 1/2014 als „Topf-im-Topf-Leistung“ mit einer Quotierungsgrenze von 85 Prozent vergütet.

Humangenetik

Ab 1. Januar 2014 werden – bedingt durch die geänderten Bundesvorgaben – die humangenetischen Leistungen in zwei Honorarvolumen unterteilt.

- **Honorarvolumen 1:** Humangenetische Leistungen nach den GOP 11220, GOP 11320 bis 11322 sowie Abschnitt 11.4 EBM (Leistungen nach KBV-Vorgaben).
- **Honorarvolumen 2:** „Restliche“ humangenetische Leistungen des Kapitels 11, die vom Honorarvolumen 1 nicht erfasst werden, sowie die GOP 01838, 01839.

Übersteigen die abgerechneten und anerkannten Leistungen eines oder beide Honorarvolumen, erfolgt eine Quotierung mit einer Quotierungsgrenze von jeweils 85 Prozent. Je Honorarvolumen können sich daher zukünftig am Ende des Quartals für humangenetischen Leistungen zwei Quoten ergeben.

Vergütung als freie Leistungen für GOP 11220 und GOP 11232

Die GOP 11220 (im Honorarvolumen 1) beziehungsweise die GOP 11232 (im Honorarvolumen 2) werden ab Quartal 1/2014 grundsätzlich als freie Leistung zu den Preisen der B€GO gezahlt. Eine Vergütung der GOP 11220 beziehungsweise der GOP 11232 als freie Leistung – also zu 100 Prozent – ist allerdings dann nicht möglich, wenn die Quote im jeweiligen Honorarvolumen „gestützt werden muss“, also wenn Gelder aus den Rückstellungen verwendet werden müssen, um eine Mindestquote von 85 Prozent zu gewährleisten. In diesem Fall unterliegt auch die GOP 11220 beziehungsweise die GOP 11232 der Quotierung.

Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin ab 1. Januar 2014

HVM-Text und Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/Buchstabe „H“*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V (KBV-Vorgaben) zu beachten. Diese sind veröffentlicht unter www.kbv.de in der Rubrik *Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse des KBV-Vorstandes. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Sie finden daher im Internet direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Internetseite der KBV. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen, oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf den oben genannten Link verwehren, können Sie die KBV-Vorgaben auch per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

Weitere Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.14*.

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

Die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen wird maßgeblich durch Vorgaben der Bundesebene bestimmt. Die seit dem Quartal 4/2012 geltenden Regelungen werden im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Januar 2014 im Wesentlichen unverändert fortgeführt. Neu ist, dass ab dem 1. Januar 2014 Laboratoriumsleistungen von sogenannten „Nicht-Laborärzten“ einer fallwertbezogenen Budgetierung unterliegen.

Überblick über die Vergütungsgrundsätze

- Innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wird ein fester versorgungsbereichsübergreifender „Topf“ für Laborleistungen gebildet.
- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für „Labormediziner“ (GOP 12210 und 12220 EBM) werden mit einer festen Quote von 144,58 Prozent vergütet.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) wird ohne Quotierung – gegebenenfalls nach EBM-Begrenzung – zu den Preisen der B€GO vergütet.
- Die Laborpauschalen der GOPen 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM werden ohne Quotierung zu den Preisen der B€GO vergütet.
- Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM) werden mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundeseinheitlich vorgegeben wird. Ab Quartal 4/2013 gilt eine Mindestquote von 91,58 Prozent.
- Dieselbe Laborquote gilt grundsätzlich auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM).

- Ab 1. Januar 2014 gelten für bestimmte Arztgruppen („Nicht-Laborärzte“) für die Laboratoriumsuntersuchungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM) fallwertbezogene Labor-Budgets. Betroffene Ärzte wurden bereits gesondert informiert.

Informationen zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.14*. Hier werden auch die jeweils gültigen Auszahlungsquoten „Q“ veröffentlicht. Im ersten Halbjahr 2014 beträgt die Auszahlungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

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

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Ärzte mit mehreren Fachgebieten oder Schwerpunkten können die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen entsprechend den Fachgebieten oder Schwerpunkten ihrer Zulassung berechnen. Welche Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale Sie bei dem einzelnen Patienten abrechnen können, richtet sich danach, in welchem Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt Sie tätig geworden sind. Bitte beachten Sie, dass Sie in Fällen, in denen Sie einen Patienten in mehr als einem Fachgebiet oder Schwerpunkt behandeln, die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wählen, die am **ehesten der Diagnostik und/oder Behandlung bei dem Patienten entspricht**.

Beispiel: Ein Internist führt die Schwerpunkte Kardiologie und Nephrologie. Patient 1 wird wegen einer Herzerkrankung behandelt. Hier kann die Grundpauschale für den Schwerpunkt Kardiologie abgerechnet werden. Patient 2 kommt zur Dialyse. Für ihn kann die Grundpauschale für den Schwerpunkt Nephrologie abgerechnet werden.

Wichtig: Es kann nur **eine** Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale im Quartal berechnet werden.

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

Mammographie-Screening – Punktzahlanpassung

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings 01750 bis 01759 wird aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und einen Anteil zur Finanzierung der Kosten in Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms (des sogenannten organisatorischen Overheads) aufseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kooperationsgemeinschaft Mammographie mit Ausnahme der Kosten für die Zentralen Stellen. Der Anteil für den organisatorischen Overhead wird ab 1. Januar 2014 bis 30. Juni 2014 auf 1,25 Prozent abgesenkt und die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen deshalb entsprechend angepasst. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 317. Sitzung mit den Änderungen im Detail finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse.

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 32045 – Abrechnungsvoraussetzungen

Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungsposition 32045 für die mikroskopische Untersuchung des Scheidensekrets nur bei Vorliegen eines kurativen Grunds abgerechnet werden kann (zum Beispiel Untersuchung von Kontrollabstrichen bei pathologischem Befund).

Für die mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets im Rahmen der Empfangnisregelung ist die Gebührenordnungsposition 01827 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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um die Wirkstoffe Bosutinib (Bosulif®), Linaclotid (Constella®), Saxagliptin (Onglyza®), Saxagliptin/Metformin (neues Anwendungsgebiet – Komboglyze®), Sitagliptin (Januvia®, Xelvia®), Sitagliptin/Metformin (Janumet®, Velmetia®), Vildagliptin (Galvus®, Jalra®) und Vildagliptin/Metformin (Eucreas®, Icandra®) zu ergänzen.

Bosutinib (Bosulif®): Es handelt sich um ein Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug). Für Orphan Drugs gilt der Zusatznutzen mit der Zulassung als belegt. Es wird lediglich das Ausmaß des Zusatznutzens festgelegt. Das Ausmaß des Zusatznutzens von Bosutinib (Bosulif®) ist nicht quantifizierbar.

Linaclotid (Constella®): Ein Zusatznutzen konnte nicht belegt werden.

Gliptine: Zur besseren Übersicht finden Sie die aktuellen Beschlüsse zur Wirkstoffgruppe der Gliptine zusammengefasst auf unserer Internetseite. Die Beschlüsse sind auf zwei Jahre befristet.

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

Levonorgestrel – Checkliste Notfallkontrazeption

Das Arzneimittel Levonorgestrel als „Pille danach“ soll ab Mitte 2014 ohne Rezept in den Apotheken erhältlich sein. Das hat der Bundesrat am 8. November 2013 beschlossen. Viele Mädchen und Frauen werden deshalb in Zukunft eher in die Apotheke als zum Arzt gehen, vermutet der Berufsverband der Frauenärzte (BFA). Levonorgestrel verhindere jedoch nur jede zweite Schwangerschaft, so der BFA, und sei damit weniger wirksam als Ulipristal, das nach wie vor rezeptpflichtig bleibt.

Bei der Frage nach einer wirkungsvollen Verhütung spielt der Arzt beziehungsweise der Ärztliche Bereitschaftsdienst eine wichtige Rolle. Deshalb haben die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin und der Berufsverband der Frauenärzte eine überarbeitete „Checkliste für die Notfallkontrazeption“ veröffentlicht.

Anhand dieser können Ärzte Frauen nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr eingehend beraten. Sie finden die Checkliste unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bereitschaftsdienst/Informationen*.

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

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen Beschluss zur Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) gefasst, die zum 1. Januar 2014 in Kraft tritt. Die geänderte Richtlinie sieht erstmals eine patientenbezogene, längsschnittliche Erhebung der Daten vor. Damit werden auch die Nephrologen in die Lage versetzt, die klinischen Parameter (Auffälligkeits- und Benchmarkdaten) patientenbezogen zusammenzufassen und zu beurteilen. Eine am Behandlungsverlauf des Patienten orientierte Dokumentation (und Auswertung) ist somit möglich.

Änderungen im Überblick

- Anpassung des vorhandenen externen QS-Systems aufgrund der Umstellung auf ein längsschnittliches Erhebungsverfahren einschließlich Datenfluss und Pseudonymisierung über eine bundesweit zuständige Vertrauensstelle (Paragrafen 4, 4a, Anlage 1 QSD-RL)
- Analoger Datenfluss auch für die **Daten des Benchmarksystems über die Kassenärztliche Vereinigung** und die Vertrauensstelle an die Berichtersteller einschließlich längsschnittlicher Erhebung (Paragrafen 11, 11a, Anlage 4 QSD-RL)
- Zusammenführungsmöglichkeit der externen QS-Daten mit den Benchmarkdaten anhand gleichsinnig vergebener Patientenpseudonyme zum Zweck der externen und internen Evaluation (Paragraf 14 Absatz 1 und 2 QSD-RL)
- Anpassung der **Auffälligkeitsparameter** an die aktuelle Evidenzlage: Modifizierung Dialysedauer (pro **Woche**), Aufnahme Anteil Katheterzugänge bei Hämodialyse, Wegfall Kt/V bei Hämodialyse sowie Hämoglobin bei Häm-

und Peritonealdialyse (Paragraf 8, Anlage 1 bis 3 QSD-RL)

- Anpassung der **Benchmark-Parameter** an die aktuelle Evidenzlage: Aufnahme von Kt/V, Hämoglobin, Parathormon, CRP, zugangsassoziierte Infektion (HD), infektiöse Peritonitis, Wegfall HbA1c, Gabe Wachstumshormon, systolischer und diastolischer Blutdruck (Anlage 4 QSD-RL)

Patienteninformation

Ein Patienteninformationsblatt soll dazu dienen, über erhobene Daten, Datenflüsse, Datenspeicherung und -verarbeitung sowie die Nutzung

der Daten qualifiziert zu informieren. Das Informationsblatt kann von unserer Internetseite heruntergeladen werden.

Einreichungstermin

Bitte übermitteln Sie uns Ihre digitalen QS-Daten Dialyse spätestens bis zum fünften Werktag des jeweils neuen Quartals (beispielsweise für das Quartal 1/2014 spätestens bis zum 7. April 2014). Die Onlineübermittlung kann entweder über das „Online-Dateneinreichungssystem (Ondes)“ der KVB oder über „Doctor-to-Doctor (D2D)“ erfolgen.

Den Link zur QSD-RL, zum Patienteninformationsblatt sowie weiteren Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Dialyse*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Jasmine Schmitt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 48
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 48
 E-Mail Jasmine.Schmitt@kvb.de

Übersicht Auffälligkeits-/Benchmarkparameter ab 1. Januar 2014				
Qualitätssicherungsdaten (Auffälligkeitsparameter)				Benchmarkdaten
Klasse I				Klasse II
Hämodialyse			Peritonealdialyse	
Dialysedauer pro Woche	Dialysefrequenz	Anzahl Katheterpatienten	wKt/V	Kt/V (effektive Dialysedauer; Harnstoffreduktion; Trockengewicht; Ultrafiltration)
				PD-Infektion
				Infektion HD-Zugang
				Phosphat
				Albumin
				Klasse III
				Zugangsart
				Verfahrenszugehörigkeit
				Hb
				C-reaktives Protein (CRP)
				Kalzium
				Parathormon (PTH)
				Wochendosis Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)
				Körpergröße bei Kindern

Keine Regresse aus Richtgrößenprüfungen von 2002 bis 2008

Ergänzend zu den Ausführungen in KVB FORUM, Ausgabe 05/2013 und Ausgabe 10/2013 zu „Beratung vor Regress“ gemäß Paragraf 106 Absatz 5e SGB V, möchten wir Sie gerne darauf hinweisen, dass die gesetzlichen Regelungen zu „Beratung vor Regress“ nach Ansicht der KVB dazu führen, dass für Verfahren der **Richtgrößenprüfung** aus den Prüfzeiträumen **2002 bis einschließlich 2008** vom Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern **keine** Regresse mehr festgesetzt werden können.

Dies ergibt sich insbesondere auch aus der Regelung des Gesetzgebers in der AMG-Novelle, über die der folgende klarstellende Satz in das Gesetz mit aufgenommen wurde: „Dieser Absatz [Anmerkung der Redaktion: Regelung zu „Beratung vor Regress“] gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.“

Das bedeutet zum einen, dass die Regelungen zu „Beratung vor Regress“ auch auf alle noch nicht abgeschlossenen Verfahren der Richtgrößenprüfung aus den Prüfzeiträumen der Jahre 2002 bis einschließlich 2008 Anwendung finden. Zum anderen bedeutet dies, dass in diesen Verfahren Regresse nur dann ausgesprochen werden können, wenn **vor** den Prüfzeiträumen der Jahre 2002 bis einschließlich 2008 individuelle Beratungen im Sinne des Gesetzes durchgeführt worden wären, was nicht der Fall ist. Dies gilt analog auch für die **Ersatzverfahren ab 2009**.

Daher haben die Krankenkassen auch bezüglich der Verfahren der Richtgrößenprüfung der Prüfzeiträume **2003 und 2005** die Widersprüche zurückgenommen.

Für den Fall, dass Mitglieder in diesen Prüfzeiträumen (2003 und 2005) noch selbst Widerspruch eingelegt haben, empfiehlt es sich individuell zu prüfen, ob diese/r dann zurückgenommen werden sollte/n. Zumindest wenn die betroffenen Mitglieder keine weiteren Verfahren der Richtgrößenprüfung oder des Ersatzverfahrens in späteren Quartalen offen haben **und** auch keine Verfahren des Arzneimittel-Ersatzverfahrens mehr drohen, könnte dies ohne Nachteile möglich sein.

Der Beschwerdeausschuss hat zudem angekündigt, den betroffenen Ärzten hinsichtlich der Verfahren der Richtgrößenprüfung des Prüfzeitraums **2002** einen Vergleich mit folgendem Inhalt anzubieten:

1. Der vom Prüfungsausschuss Ärzte Bayern festgesetzte Regress wird in eine individuelle Beratung nach Paragraf 106 Absatz 5e SGB V umgewandelt.
2. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die Praxis **seit dem Abschluss dieses Vergleichs** als individuell beraten nach Paragraf 106 Absatz 5e SGB V gilt.
3. Der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern erstattet der Praxis die **Hälfte** der notwendigen Aufwendungen. Im Übrigen trägt die Praxis ihre Kosten selbst.
4. Die Parteien sind sich darüber einig, dass mit Abschluss dieses Vergleichs das Verfahren der Jahresrichtgrößenprüfung 2002 in vollem Umfang erledigt ist.

Damit ist der Beschwerdeausschuss der Forderung der KVB nachgekommen, die Fiktion einer individuellen Beratung nach Paragraf 106 Absatz 5e SGB V erst mit Abschlussdatum des Vergleichs anzunehmen, und

nicht mit Datum des Bescheids des Prüfungsausschusses.

Die betroffenen Mitglieder haben nun individuell für sich selbst zu prüfen, ob Sie Widersprüche aus den Prüfzeiträumen **2003 und 2005** zurücknehmen wollen und ob sie einem Vergleich für den Prüfzeitraum **2002** zustimmen wollen. Mit der Rücknahme der Widersprüche und mit Zustimmung zum Vergleich wären die Verfahren beendet. Insbesondere ein Erscheinen vor dem Beschwerdeausschuss wäre nicht mehr erforderlich. Der Beschwerdeausschuss wird dann nur noch eine Kostengrundentscheidung treffen, falls der Vertragsarzt einen Rechtsanwalt beauftragt hat. In diesem Fall sollte der Vertragsarzt noch einen Antrag auf Kostenfestsetzung stellen.

Bei Fragen zu „Beratung vor Regress“ und der Verfahren der Richtgrößenprüfungen aus den Prüfzeiträumen 2002 bis einschließlich 2005 bietet die KVB gerne ihre Unterstützung an.

Bei Fragen erreichen Sie uns in
Nürnberg
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 6 51
Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 66 51
E-Mail KVWP@kvb.de

oder
Regensburg
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 56
Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 20
E-Mail KVWP@kvb.de

Rechenschaftsbericht der KVB

Über die im Geschäftsjahr 2012 verwendeten Mittel gibt der Rechenschaftsbericht der KVB gemäß Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2012 mit einem Jahresgewinn von 16,3 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,74 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2012 insgesamt 159,3 Millionen Euro. Darin enthalten sind Aufwendungen für Personal in Höhe von 98,2 Milli-

onen Euro. Im Rechnungsjahr 2012 waren 1.624 Mitarbeiter bei der KVB beschäftigt.

Bei den Erträgen von insgesamt 175,6 Millionen Euro entfallen 134,7 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. An Kapitalerträgen konnten 21,7 Millionen erzielt werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2012 umfasst die Buchungskreise:

- 0063 – 0071 „KVB allgemein“
- 0075 „Betrieb gewerblicher Art – IT“
- 0085 „Sonderaufgaben der KVB“
- 1005 „Casino der KVB“
- 3000 „Durchführung von Dienstleistungsverträgen“

Im Geschäftsjahr 2012 wurden Investitionen in Höhe von 10,7 Millionen Euro getätigt. Die KVB erhielt 2012 insgesamt 9.745,25 Euro an Sponsoringbeträgen.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt:

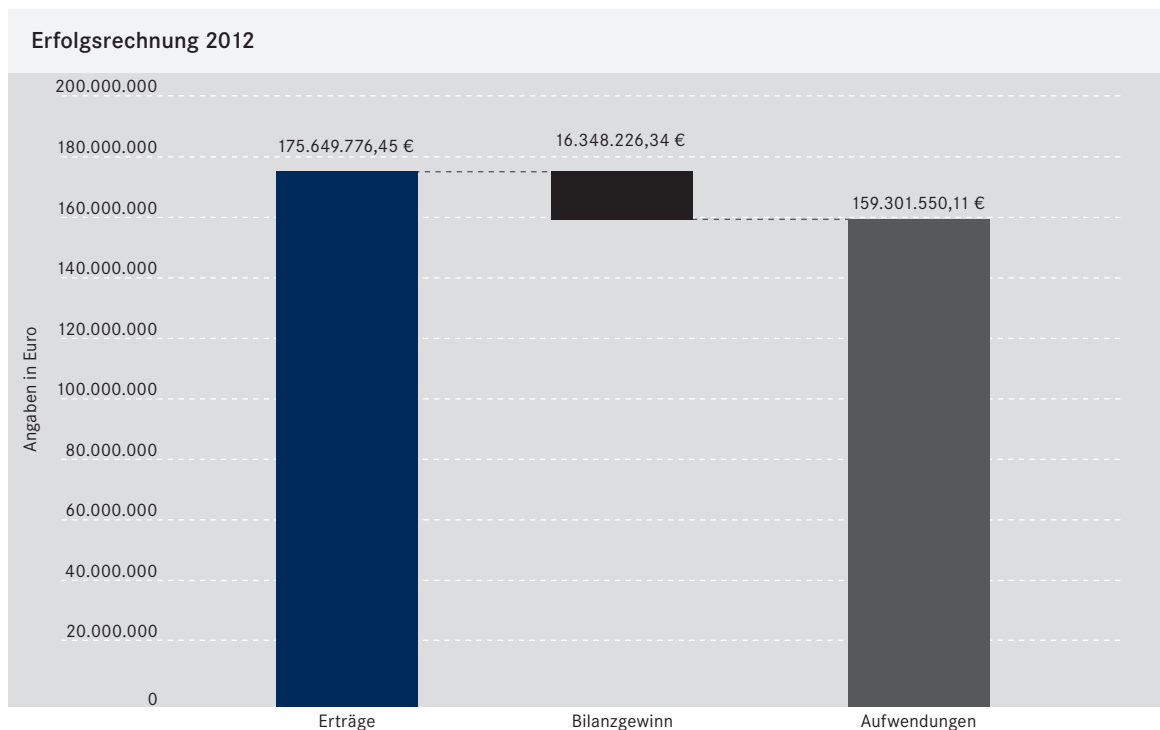


Abbildung 1

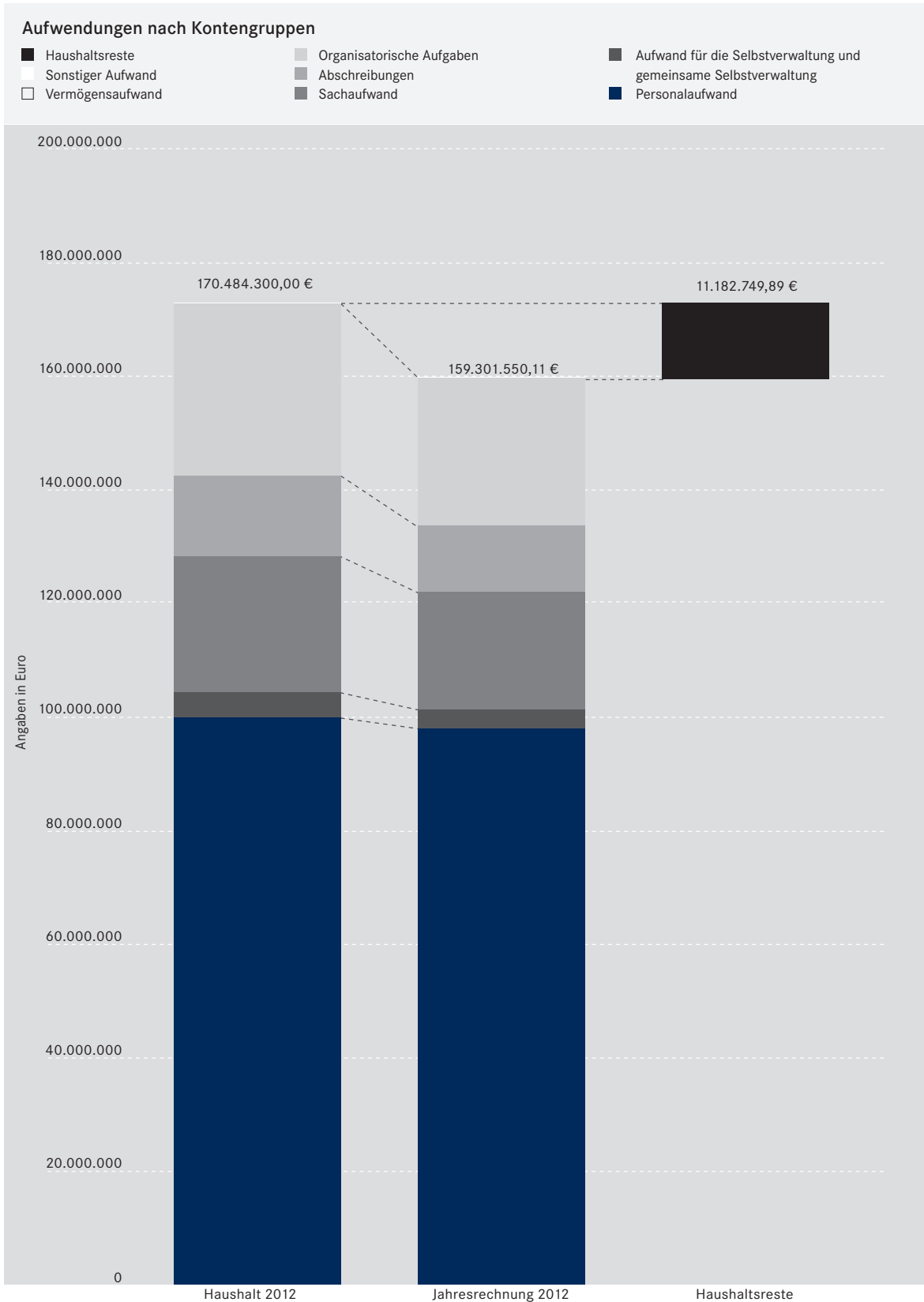


Abbildung 2

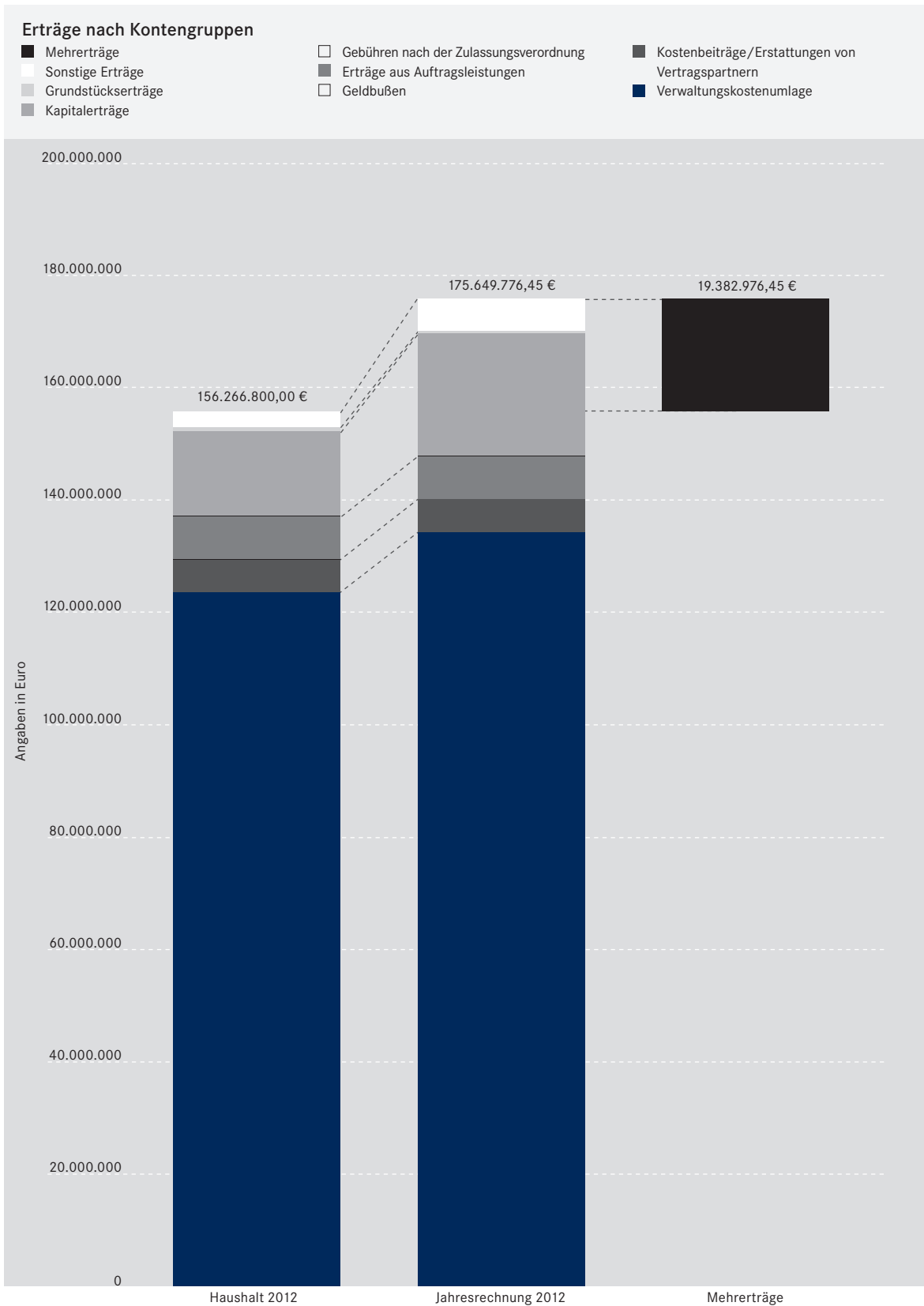


Abbildung 3

Verlängerung Leuchtturmprojekte mit AOK Bayern

Wir freuen uns, Ihnen mitzuteilen, dass sich die KVB und die AOK Bayern darauf verständigt haben, die folgenden gemeinsamen Leuchtturmprojekte in der ambulanten Versorgung zunächst bis zum 31. Dezember 2014 unverändert fortzuführen:

- Hygiene in der Endoskopie
- Kinder kranker Eltern
- Psychotherapie im Alter
- Risikoprävention bei Kinderwunsch
- Sehstörungen im Kindesalter
- Strahlentherapie

Die Teilnehmer dieser regionalen Vereinbarungen wurden über die Fortführung bereits schriftlich informiert. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Zusatzvereinbarungen* sowie in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Projekte Psychotherapie*.

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 info@kvb.de

Impfung gegen Poliomyelitis

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern und die Sozialämter rechnen damit, dass sich in den nächsten Wochen deutlich mehr Menschen (Asylsuchende und Kontaktpersonen) als bisher gegen Poliomyelitis impfen lassen wollen. Insbesondere die Haus- und Kinderärzte werden gebeten, anfragende Asylsuchende aus Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge nicht abzuweisen, sondern mit diesen Impftermine zu vereinbaren. Die Kostenerstattung erfolgt im Fall der Asylbewerber außerhalb der Budgetierung.

Hintergrund ist die Ausbruchssituation in Syrien von offiziell bestätigten Poliomyelitis-Erkrankungen bei ungeimpften Kindern unter zwei Jahren seit Oktober 2013. Wegen der aktuellen Flüchtlingsbewegungen muss nach Einschätzung des Robert Koch-Instituts auch in Deutschland die mögliche Einschleppung von Poliomyelitis-Wildvirus sehr ernst genommen werden.

Die Praxen werden außerdem gebeten, auch die Vollständigkeit der Polio-Immunsierung aller ihrer Patienten zu überprüfen beziehungsweise die Indikation für eine Polio-Auffrischimpfung bei Reisenden in ein Risikogebiet zu beachten.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Infektionen/Poliomyelitis*.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Hygieneexperten Dr. Lutz Bader unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
 E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

„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 abg. n. 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:

- 8. Februar 2014, KVB Regensburg
- 12. April 2014, KVB München
- 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:

- 22. Januar 2014, KVB München
- 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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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

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

22. Februar 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Augsburg

22. Februar 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Augsburg

15. März 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB München

15. März 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

2. April 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

31. Mai 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Nürnberg

31. Mai 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Nürnberg

26. Juli 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Regensburg

26. Juli 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Regensburg

11. Oktober 2014
9.00 bis 12.45 Uhr
KVB Bayreuth

11. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Bayreuth

22. Oktober 2014
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB Würzburg

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*.

Geriatriewochenenden der KVB

Im Februar 2014 bieten wir in den Räumen der KVB-Bezirksstellen München und Nürnberg ein umfassendes Wochenendseminar zum Thema Geriatrie an. Die Inhalte der insgesamt fünf Themenblöcke werden von erfahrenen Referenten aus der ambulanten Versorgung vermittelt.

Die vermittelten Inhalte des Seminars helfen, Ihre Kompetenzen in den folgenden Bereichen noch weiter auszubauen:

- Selbstständigkeit und Autonomie beim geriatrischen Patienten, Patientenverfügungen
- Geriatrie und Multimorbidität – Besonderheiten bei geriatrischen Patienten
- Prävention beim geriatrischen Patienten
- Therapieziele zur Mobilität, Schmerztherapie
- Demenz und Depression

Das Angebot richtet sich an

- Vertragsärzte aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung, die ihre Kompetenzen im Bereich der geriatrischen Versorgung weiter ausbauen wollen
- Teilnehmer des Geriatrie-Seminars bei der Bayerischen Landesärztekammer zur Erlangung des 60-Stunden Curriculums „Geriatrische Grundversorgung“

Für das Seminar sind 14 Fortbildungspunkte bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) beantragt. Die insgesamt zwölf Unterrichtseinheiten sind modular für das Curriculum „Geriatrische Grundversorgung“ der BLÄK anrechenbar (Infos unter www.blaek.de, Fragen zur Anrechnung bitte an die BLÄK richten). Die Teilnahmegebühr beträgt 190,- Euro.

Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung

Termine:

Nürnberg
21. und 22. Februar 2014
15.00 bis 18.30 sowie
9.00 bis 17.30 Uhr
KVB Nürnberg

München
28. Februar und 1. März 2014
15.00 bis 18.30 und
9.00 bis 17.30 Uhr
KVB München

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

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20 oder
unter www.kvb.de in der Rubrik
Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare.

„Der Glaube kann Berge versetzen“ – dieses Sprichwort bestätigt sich insbesondere in der Schmerzpsychotherapie immer wieder. Statt auf Medikamente wird dort oftmals auf die sogenannten Placeboeffekte gesetzt, die beispielsweise aus der persönlichen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient oder der psychotherapeutischen Situation im Behandlungszimmer entstehen können. Aber auch die Erwartungshaltung der Patienten und vor allem die Persönlichkeit des Psychotherapeuten können Placeboeffekte nach sich ziehen. Als Placebo- beziehungsweise Noceboeffekte werden dabei positive beziehungsweise negative psychische oder körperliche Reaktionen bezeichnet, die nicht auf die spezifische Wirksamkeit einer Behandlung zurückzuführen sind. So konnten Studien zeigen, dass durch die Erwartung einer Wirkung körpereigene Opioide ausgeschüttet werden, die so ähnlich wie Morphinum wirken – obwohl das Medikament gar keinen schmerzlindernden Wirkstoff enthielt.

Der Placeboeffekt wirkt also über die Psyche, ist aber keine Einbildung. Diesem komplexen psychoneurobiologischen Phänomen will die **neue Fortbildungsveranstaltung „Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung“**, die gemeinsam von der Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK-Bayern) und der KVB angeboten wird, auf den Grund gehen. Namhafte Referenten werden einen Überblick über neuropsychologische Ursachen des Placeboeffektes geben und über psychologische Einflussfaktoren informieren. In den ergänzenden Workshops sollen Kenntnisse vermittelt werden, wie der Placeboeffekt in der Psychotherapie mit Hilfe der Beziehung zwischen Psychothera-

peut und Patient angewendet werden kann.

Die Veranstaltung ist bei der PTK Bayern mit fünf Fortbildungspunkten auf das freiwillige Fortbildungszertifikat anrechenbar.

Themenschwerpunkte der Fortbildung:

- Über die Kraft der Erwartung - Neuropsychologie des Placeboeffekts
- Psychologische Einflussfaktoren auf das Ausmaß des Placeboeffekts
- Therapeut- Patientenbeziehung: Anwendung des Placeboeffekts in der Behandlung

Referenten:

- Dipl. Psych. Elisabeth Sens, Abteilung interdisziplinäre Schmerztherapie an der Zentral-klinik in Bad Berka
- Prof. Dr. Thomas Weiß, Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie der FSU Jena.

Termine:

1. Februar 2014
15.00 bis 19.00 Uhr
KVB München

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

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

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

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Placeboeffekte in der schmerztherapeutischen Behandlung

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte und Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Abrechnungsworkshop Urologen

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis – Hausärzte

Kooperationen: Gemeinschaftspraxis oder MVZ – Workshop

Abrechnungsworkshop Chirurgen

QM-/QZ-Seminare

Grundlagen zum Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Januar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Februar 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		26. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		26. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	7. Februar 2014	13.30 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		18. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Februar 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Februar 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		12. März 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	7. März 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. März 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. März 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	12. Februar 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	19. Februar 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	21. Februar 2014	15.00 bis 20.30 Uhr	München
		22. Februar 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	
QZ-Moderatoren, die bereits an einer Grund- oder Kompaktschulung teilgenommen haben	kostenfrei	12. März 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		12. März 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		12. März 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

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)

GO Pen 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 (GO Pen 97045 beziehungsweise 97046) entfällt.

GO Pen 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 GO 03230 beziehungsweise 04230 neben der Versichertenpauschale eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von 15 beziehungsweise 20 Minuten Dauer notwendig ist, wird gestrichen.
- Bei den Versichertenpauschalen (GO 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 GO 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

GO 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.

GO 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 Facettendenervation
Mit Wirkung zum 1. April 2013 wurde der OPS-Code 5-830.2 (Facettendenervation) 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

KVBIINFOS 04|14

ABRECHNUNG

- 38 Die nächsten Zahlungstermine
- 38 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2014
- 40 Versichertenpauschale bei Hausärzten sowie bei Kinder- und Jugendmedizinern
- 40 Gestationsdiabetes:
GOPen 01776, 01777, 01812

VERORDNUNGEN

- 41 Anfragen von Krankenkassen:
Broschüre hilft
- 41 Rotavirus-Impfung –
Aufnahme in Schutzimpfungs-
Richtlinie
- 42 Rückruf einer Charge Milupa
Aptamil PDF Pulver®
- 42 Thilorbin® in Deutschland
erneut nicht verfügbar
- 43 Keine Nutzenbewertung von
Fluorethylcholin
- 43 Dipyridamol mit Acetylsalicyl-
säure von der Verordnung
ausgeschlossen
- 44 Lubricano® Steriles Gel –
Verlängerung der Befristung
aktualisiert

QUALITÄT

- 44 Zentrale Telefonie für
Fragen zur Sonographie

ALLGEMEINES

- 45 Kooperationsverträge mit
stationären Pflegeeinrichtungen
- 45 Neue regionale Vereinbarung
„Amblyopiescreening“
- 46 Programm „Kinder kranker
Eltern“ auch für SBK-Versi-
cherte
- 47 Impfex: Online-Fortbildungen
aktualisiert

SEMINARE

- 48 „Notfalltraining für das
Praxisteam“
- 48 „Akutsituationen im Ärzt-
lichen Bereitschaftsdienst“
- 50 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

- 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

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

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), 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 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, 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 „Notarzdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Notarzdienst-Abrechnung*.

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

Versichertenpauschale bei Hausärzten sowie bei Kinder- und Jugendmedizinern

Seit dem 1. Oktober 2013 gelten die folgenden Versichertenpauschalen:

	Hausärzte	Kinder- und Jugend- mediziner
volle Versichertenpauschale	03000	04000
hälftige Versichertenpauschale	03010	04010
Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	03030	04030

Seit diesem Zeitpunkt können die alten Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03110 bis 03112, 03120 bis 03122 und 03130 beziehungsweise 04110 bis 04112, 04120 bis 04122 und 04130 nicht mehr berechnet werden.

Abrechnung der hälftigen Versichertenpauschale bei Überweisungen

Wenn Sie als Hausarzt von einem anderen Hausarzt beziehungsweise als Kinder- und Jugendmediziner von einem anderen Kinder- und Jugendmediziner eine Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung erhalten, ist die hälftige Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03010 beziehungsweise 04010 abzurechnen.

Auch bei Vorliegen einer Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung können Sie die volle Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 beziehungsweise 04000 abrechnen, wenn

- Sie eine Überweisung von einem Vertragsarzt eines anderen Fachgebiets als der oben genannten erhalten oder

- Sie als Kinder- und Jugendmediziner eine Überweisung von einem anderen Kinder- und Jugendmediziner erhalten und Leistungen aus den Abschnitten 4.4 und/oder 4.5 erbringen.

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

Gestationsdiabetes: GOPen 01776, 01777, 01812

- **GOPen 01776 und/oder 01777 nur einmal je Schwangerschaft**
 Der Vortest auf Gestationsdiabetes nach Gebührenordnungsposition 01776 und der orale Glukosetoleranztest nach Gebührenordnungsposition 01777 sind nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig. Eine zweimalige Berechnung der GOPen im Krankheitsfall ist daher nur dann möglich, wenn die Tests bei der Patientin in verschiedenen Schwangerschaften durchgeführt wurden (zum Beispiel erneute Schwangerschaft nach Fehlgeburt im gleichen Krankheitsfall).

Auch bei einer Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaft handelt es sich insgesamt nur um **eine** Schwangerschaft.

- **GOP 01812 nur im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes berechnungsfähig**
 Die Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration im Venenblut nach Gebührenordnungsposition 01812 kann in der eigenen Praxis durchgeführt, aus der eigenen Laborgemeinschaft angefordert oder aber an ein Labor überwiesen werden. Bitte beachten Sie hierbei, dass die GOP 01812 ausschließlich im Rahmen des Screeningtests auf Gestationsdiabetes nach GOP 01776 (einmalige Entnahme von Venenblut) und/oder des oralen Glukosetoleranztests nach GOP 01777 (dreimalige Entnahme von Venenblut) berechnungsfähig ist.

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

Anfragen von Krankenkassen: Broschüre hilft

Ärzte sollen zunehmend Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen beantworten beziehungsweise Vordrucke ausfüllen. Diese Arbeiten sind in der Regel mit erheblichem Verwaltungsaufwand (einschließlich umfangreicher Recherchen) sowie Kosten (zum Beispiel für Kopien) verbunden.

Die Sinnhaftigkeit mancher Anfrage ist nicht zu erkennen. Auch erscheint es zweifelhaft, ob der Arzt berechtigt oder gar verpflichtet ist, die Anfrage zu beantworten (Stichwort: Schweigepflicht). Die Honorierung der Antworten ist häufig ebenfalls ungeklärt.

Als Hilfestellung, wie und wann Sie dieser Bürokratie entgegentreten können, haben wir eine Kurzbroschüre erstellt. Inhalt sind auch zwei Musterbriefe an die Krankenkasse, falls die Anfrage einer gesetzlichen Grundlage entbehrt.

Sie finden diese Broschüre unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

Rotavirus-Impfung – Aufnahme in Schutzimpfungs-Richtlinie

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Anlagen 1 und 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) findet die von der STIKO veröffentlichte Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen in Deutschland Berücksichtigung. Die STIKO empfiehlt die allgemeine Rotavirus (RV)-Schluckimpfung von Säuglingen. Entsprechend der STIKO-Empfehlung werden dazu in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff ab dem Alter von sechs Wochen zwei beziehungsweise drei Dosen in einem Mindestabstand von vier Wochen verabreicht. Aufgrund des möglicherweise geringfügig erhöhten Risikos für Darminvaginationen innerhalb der ersten Woche nach der ersten RV-Impfung, das mit dem Alter der Impflinge zunimmt, empfiehlt die STIKO dringend, die Impfserie frühzeitig – spätestens bis zum Alter von zwölf Wochen – zu beginnen und vorzugsweise bis zum Alter von 16 Wochen beziehungsweise von 20 bis 22 Wochen abzuschließen. Die Impfserie muss auf jeden Fall bis zum Alter von 24 Wochen beziehungsweise bis zum Alter von 32 Wochen abgeschlossen sein.

Der Bezug des Impfstoffs erfolgt über den Sprechstundenbedarf auf Muster 16a bay. Im Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) ist die Ziffer „8“ einzutragen.

In die Anlage 2 der SI-RL wurden für die Rotavirus-Impfung die 89127 A (erste Dosen eines Impfzyklus beziehungsweise unvollständige Impfserie) und die 89127 B (letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation) als Dokumentationsziffern aufgenommen.

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

Rückruf einer Charge Milupa Aptamil PDF Pulver®

Die Firma Milupa informiert über den Rückruf einer Charge Aptamil PDF® Pulver (siehe Pressemitteilung vom 7. Februar 2014). Betroffen ist ausschließlich die Pulvervariante des Produkts mit dem Mindesthaltbarkeitsdatum **3. Mai 2015** und der Chargennummer **294432**.

Die Qualitätskontrolle von Milupa hatte festgestellt, dass die Charge der Spezialnahrung einen mehr als zehnfach erhöhten Jodgehalt (1361µg Iod/100g anstatt 131µg/100g) aufwies als vorgesehen.

Wurde die betroffene Charge einem Säugling bereits verabreicht, kann nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund der entstehenden erhöhten Jodidspiegel im Blut eine Hypothyreose induziert wird.

Es gibt Fallberichte von Säuglingen, bei denen eine jodinduzierte Hypothyreose bis zu mehreren Wochen andauerte und therapiepflichtig war, das heißt mit Levothyroxin substituiert werden musste. Bei vorliegenden Symptomen einer Schilddrüsenunterfunktion (Müdigkeit, Mattigkeit) beziehungsweise nach Einnahme des hier in Rede stehenden Produkts empfiehlt das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), die üblichen Parameter der Schilddrüsenfunktion (T3, T4, TSH) bei potenziell gefährdeten Säuglingen zu untersuchen und eine Hypothyreose gegebenenfalls rechtzeitig zu behandeln. So können etwaige negative Einflüsse auf die geistige Entwicklung des Neugeborenen verhindert werden.

Verbraucher können das betroffene Produkt kostenfrei an die folgende Anschrift senden. Milupa erstattet die damit verbundenen Kosten.

Milupa GmbH
Bahnstraße 14-30
61381 Friedrichsdorf

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

Thilorbin® in Deutschland erneut nicht verfügbar

In Absprache mit dem Berufsverband der bayerischen Augenärzte informieren wir Sie gemeinsam darüber, wie Sie die Versorgung Ihrer Praxis während des aktuellen Lieferstopps von Thilorbin®, Pharmazentralnummer 09535056, sicherstellen können.

Diesbezüglich haben Sie ein Schreiben des Zulassungsinhabers Omnivision erhalten, wonach Sie ein entsprechendes Präparat aus der Schweiz beziehen könnten. In zeitnaher Absprache mit der AOK Bayern haben wir für diesen individuellen Einzelfall die Zusage bekommen, dass **ausnahmsweise** – und nur für den exakten Zeitraum der Nichtverfügbarkeit in Deutschland – der **Import** des Schweizer Produkts Fluoreszein Oxybuprocain SDU faure 20 EDOs zu 0,4 ml **über Sprechstundenbedarf** verordnet werden kann. Bitte beachten Sie darüber hinaus bei Ihrer Verordnung das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Nach unseren Informationen wird die Nichtverfügbarkeit mindestens bis September dieses Jahres bestehen. Sobald das deutsche Präparat wieder lieferbar ist, werden wir Sie umgehend informieren. Danach ist wieder nur für das deutsche Thilorbin® ein Sprechstundenbedarfsbezug möglich.

Die Zusage erstreckt sich ausschließlich auf den genannten Thilorbin®-Einzelfall und darf nicht auf ähnlich gelagerte Lieferschwierigkeiten anderer Präparate oder zukünftige, etwaige Lieferengpässe desselben Produkts ausgedehnt 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

Keine Nutzenbewertung von Fluorethylcholin

Die Anwendung des Wirkstoffs Fluorethylcholin (18F) als Diagnostikum für die Positronen-Emissions-Tomographie im Rahmen der onkologischen Diagnostik des Prostatakarzinoms mit dem diagnostischen Ziel der Darstellung einer verstärkten Cholin-Aufnahme spezifischer Organe oder Gewebe ist eine neue Untersuchungsmethode und fällt damit nicht unter den Geltungsbereich der 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

Dipyridamol mit Acetylsalicylsäure von der Verordnung ausgeschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um die Nummer 53. „Dipyridamol in Kombination mit Acetylsalicylsäure“ zu ergänzen. Der Beschluss tritt am 1. April 2014 in Kraft.

Diese Kombination ist zur Behandlung der Sekundärprävention von Schlaganfällen und transitorischen ischämischen Attacken (TIA) zugelassen.

Hintergrund

Grundlage für den Verordnungsabschluss stellt eine Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar. Laut IQWiG gibt es keinen Beleg dafür, dass diese Wirkstoffkombination einen Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel) hat. Dem fehlenden Zusatznutzen steht ein Beleg für einen größeren Schaden unter der Kombinationsbehandlung gegenüber. Dieser größere Schaden ergibt sich insbesondere aufgrund häufiger auftretender schwerwiegender Blutungen in der Langzeittherapie. Darüber hinaus gibt es für die Kurzzeittherapie einen Hinweis und für die Langzeittherapie einen Beleg dafür, dass Studienabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse unter Kombinationsbehandlung häufiger auftreten.

Dies rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass Dipyridamol plus ASS gegenüber der Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) als therapierelevant unterlegen und damit als unzumutbar einzustufen ist.

Ausführliche Informationen, die zu diesem Verordnungsabschluss führten, finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.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

Lubricano® Steriles Gel – Verlängerung der Befristung

Für das folgende Medizinprodukt hat der Unterausschuss Arzneimittel am 28. Januar 2014 eine Verlängerung der Befristung der Verordnungsfähigkeit und eine Änderung der Namensbezeichnung beschlossen: Farco-Pharma GmbH Lubricano®

- Die Verordnungsfähigkeit wurde rückwirkend zum 14. Januar 2014 auf den 12. Januar 2019 befristet.
- Die Namensbezeichnung „Lubricano® Steriles Gel“ wurde in „Lubricano®“ geändert.

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

Zentrale Telefonie für Fragen zur Sonographie

Um die zirka 14.000 Mitglieder mit Sonographiegenehmigungen bestmöglich betreuen zu können, wurde für den Bereich „Qualitätssicherung Sonographie“ eine zentrale Telefonie etabliert, unter der alle Anfragen zu diesem Thema beantwortet werden.

Die Mitarbeiter der Telefonie sind unter folgenden Kontaktdaten erreichbar:

- Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00
- Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 05 01
- E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Die Telefonie ist zu folgenden Zeiten besetzt:

- Montag bis Donnerstag
von 8.30 bis 15.30 Uhr
- Freitag
von 8.30 bis 13.00 Uhr

Ausgenommen von dieser Regelung sind Anfragen zu Stichprobenprüfungen, Kolloquien und zur Übertragung der Abrechnungsberechtigungen in der Sonographie. Die Kontaktdaten der dazugehörigen Ansprechpartner entnehmen Sie bitte weiterhin den Schreiben und Genehmigungsbescheiden.

Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind aufgrund einer durch den Gesetzgeber im Zuge des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes vorgenommenen Änderung des Paragraphen 114 SGB XI ab Januar 2014 dazu verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung (Qualitätsprüfung) darüber zu informieren, wie die ärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Die Pflegeeinrichtungen sollen hierbei insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze hinweisen.

Der Abschluss von Kooperationsverträgen nach Paragraph 119 b Absatz 1 Satz 1 SGB V erfolgt für alle Beteiligten, das heißt sowohl für Pflegeheime als auch für Vertragsärzte, aber auch zukünftig auf freiwilliger Basis. Dies ergibt sich bereits aus der Ausgestaltung des Paragraphen 119 Absatz 1 Satz 1 SGB V als „Kann“-Regelung. Die ebenfalls zum 1. Januar 2014 neu in Kraft getretene Vereinbarung nach Paragraph 119 b Absatz 2 SGB V (Anlage 27 zum BMV-Ä), betont in Paragraph 1 Absatz 2 Satz 2 wiederholt die Freiwilligkeit derartiger Vereinbarungen.

Pflegeheime müssen daher gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen lediglich nachweisen, wie sie für ihre Einrichtung die ärztliche Versorgung geregelt haben, es bedarf jedoch nicht zwingend einer Kooperation in Schriftform. Die Förderung von Kooperationsverträgen nach Paragraph 119 b Absatz 1 Satz 1 SGB V mit niedergelassenen Vertragsärzten ist seitens des Gesetzgebers zwar ausdrücklich gewollt, es ist aber auch zukünftig

möglich, dass stationäre Pflegeeinrichtungen die ärztliche und fachärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen anderweitig, zum Beispiel im Rahmen von Geriatrischen Praxisverbänden, regeln.

Wünscht eine Pflegeeinrichtung jedoch ausdrücklich den Abschluss eines Kooperationsvertrags mit niedergelassenen Vertragsärzten, so haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Antrag der Pflegeeinrichtungen laut Paragraph 119 b Absatz 1 Satz 2 SGB V nunmehr entsprechende Kooperationen zu vermitteln.

Kommt ein Kooperationsvertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten zu ermächtigen (Paragraph 119 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 52
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 42 91
 E-Mail Pflegeheimversorgung@kvb.de

Neue regionale Vereinbarung „Amblyopiescreening“

Zum 1. April 2014 hat eine neue regionale Vereinbarung über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern begonnen. Vertragspartner sind die Knappschaft und die KVB. Teilnahmeberechtigte Versicherte sind alle bei der Knappschaft versicherten Kinder ab dem vollendeten 30. Lebensmonat bis zur Vollendung des 42. Lebensmonats (Abrechnungsziffer 97034A) sowie Kinder mit Risikofaktoren ab dem vollendeten sechsten Lebensmonat bis zur Vollendung des zwölften Lebensmonats (Abrechnungsziffer 97034B). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär in Höhe von 40 Euro je abgerechneter und anerkannter Leistung.

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Augenheilkunde. Die Teilnahme der Augenärzte erfolgt im Sinne des konkludenten Handelns durch Abrechnung der entsprechenden Gebührenordnungspositionen gegenüber der KVB.

Ausführliche Informationen zum Vertrag, zu den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung und zur Add-on-Vergütung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Zusatzvereinbarungen/Amblyopiescreening*.

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

Programm „Kinder kranker Eltern“ auch für SBK-Versicherte

Die Diagnose zu erhalten, an einer schwerwiegenden, unter Umständen sogar lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden, ist für die meisten Menschen ein Schock und eine enorme Belastung. Nicht nur Betroffene selbst, sondern auch Partner, Angehörige und insbesondere Kinder spüren diese Belastung – auch wenn sie es manchmal nicht zu zeigen wagen, um nicht für zusätzlichen Stress zu sorgen. Damit Eltern und Kinder in dieser Situation nicht auf sich allein gestellt sind, steht für Betroffene ein spezielles Beratungsangebot mit bis zu acht Gesprächseinheiten zur Verfügung.

Der Expertenrat durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie sowie Psychotherapeuten, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, kann jetzt neben Versicherten der AOK auch von SBK-Versicherten in Anspruch genommen werden. Die Abrechnung für Versicherte der AOK Bayern und der SBK erfolgt in Bayern auf dem sonst auch üblichen Weg der Honorarabrechnung über Pseudoziffern für zwei Erstberatungen sowie für das flexible Behandlungsangebot.

Für die erste Beratung der Familie in maximal zwei Einzelsitzungen à 60 Minuten wird eine Pauschale in Höhe von 95 Euro pro Sitzung gezahlt (Abrechnungsnummer 97006A). Für das flexible Behandlungsangebot von maximal sechs Einzelsitzungen mit den Erziehungsberechtigten, anderen engen Bezugspersonen sowie den Kindern und/oder für Beratungsgespräche mit Kindern und Erziehungsberechtigten

gemeinsam wird eine Pauschale in Höhe von 100 Euro pro Sitzung à 60 Minuten gezahlt (Abrechnungsnummer 97006B). Für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten besteht leider keine Abrechnungsmöglichkeit.

Weitere Informationen zu den Abrechnungsmodalitäten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Projekte Psychotherapie/Kinder kranker Eltern* beziehungsweise unter www.kvb.de/kinderkrankerealtern.

Impfex: Online-Fortbildungen aktualisiert

Die Online-Fortbildungen der Fortbildungsreihe rund um das Thema Impfen wurden von ärztlichen Fachexperten überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Die insgesamt sieben Themen richten sich an alle Impffachgruppen und decken sowohl Fachgruppenschwerpunkte, als auch Spezialthemen wie das Impfen bei Immunsuppression, Fernreisen oder im beruflichen Umfeld ab.

Pro Online-Fortbildung können zwei bis drei CME-Punkte erworben werden. Die Teilnahme ist für KVB-Mitglieder kostenlos. Seit der letzten inhaltlichen Aktualisierung 2012 wurden fast 1.000 dieser Fortbildungen erfolgreich absolviert.

Die Fortbildungsreihe Impfex bietet seit mehreren Jahren allen Impfinteressierten die Möglichkeit, sich pharmaneutral nicht nur online, sondern auch in Präsenzveranstaltungen fortzubilden. Dabei kann auf Wunsch auch ein freiwilliges, nicht vergütungsrelevantes Zertifikat erworben werden.

Sie finden die Online-Fortbildungen unter www.curacampus.de und nähere Informationen zu den freiwilligen Zertifikaten unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/alternative Versorgungsformen/freiwillige Zertifizierungen*.

Präsenzfortbildungen für Ärzte – die nächsten Termine

10. Mai 2014	KVB-Bezirksstelle Nürnberg
24. Mai 2014	KVB-Bezirksstelle Augsburg
16. Juli 2014	KVB-Bezirksstelle Regensburg
17. September 2014	KVB-Bezirksstelle München
20. September 2014	KVB-Bezirksstelle Bayreuth
22. November 2014	KVB-Bezirksstelle Straubing
29. November 2014	KVB-Bezirksstelle Würzburg

Fortbildungen für Praxismitarbeiter – die nächsten Termine

25. Juni 2014	KVB-Bezirksstelle München
24. September 2014	KVB-Bezirksstelle Regensburg
22. Oktober 2014	KVB-Bezirksstelle Nürnberg

„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:

- 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:

- 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

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Alles rund ums Arbeitsrecht

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Teamfortbildung DMP

QM-/QZ-Seminare

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Einführung in den Arbeitsschutz

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Vorbereitung auf die Zertifizierung/Rezertifizierung

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. April 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		8. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		13. Mai 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. April 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		15. Mai 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		20. Mai 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	7. Mai 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		14. Mai 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		21. Mai 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Mai 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		17. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		14. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		21. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	85,- Euro	10. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Mai 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing
		10. Mai 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Angestellte Ärzte	kostenfrei	10. Mai 2014	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		20. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	17. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	21. Mai 2014	14.30 bis 18.15 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
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
Psychotherapeuten, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	10. Mai 2014	9.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	14. Mai 2014	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	21. Mai 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	Südwestpark-Hotel Nürnberg

KVBIINFOS 05|14

ABRECHNUNG

- 54 Die nächsten Zahlungstermine
- 54 Änderungen des EBM zum 1. April 2014: MRSA und Redaktionelles
- 56 Richtigstellung: GOP 04220 und 04221
- 56 Abrechnung von GOP 03360 und 03362
- 57 Abrechnung Serienangiographie
- 57 Weiterentwicklung Humangenetik
- 57 Laborkompodium: neue KBV-Richtlinie
- 58 Künstliche Befruchtung
- 58 Im Ausland krankenversicherte Patienten

VERORDNUNGEN

- 59 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 60 Impfung gegen Influenza
- 60 Impfung gegen Hepatitis B
- 61 Preisgünstige Blutzuckerteststreifen
- 61 Keine Nutzenbewertung von Florbetaben
- 61 Elektronische Gesundheitskarte
- 61 Kombinierte hormonale Kontrazeptiva

QUALITÄT

- 62 MedHygV – aktuelle Informationen zum Ambulanten Operieren
- 63 DMP-Feedbackberichte für 2. Halbjahr 2013 abrufbar

ALLGEMEINES

- 64 Informationspaket rund um das Thema „Masern“
- 64 Kodiervorschläge von Krankenkassen

SEMINARE

- 65 „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 66 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

- 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

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Änderungen des EBM zum 1. April 2014: MRSA und Redaktionelles

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 321. Sitzung am 27. Februar 2014 und 323. Sitzung am 25. März 2014 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2014 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen im Überblick vor. Die Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse eingestellt. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

MRSA – Aufnahme in den EBM

Die ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie bei Trägern von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) wurden mit Wirkung zum 1. April 2014 in den EBM überführt.

Die Leistungen der bisherigen MRSA-Vergütungsvereinbarung wurden zum 31. März 2014 beendet und als Gebührenordnungspositionen in den neuen Abschnitt 30.12 EBM aufgenommen. Die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistungen sowie die Bewertung in Punkten haben sich durch die

EBM-Aufnahme nicht geändert. Bereits erteilte MRSA-Genehmigungen haben weiterhin ihre Gültigkeit. Bei Neuansträgen bleibt das MRSA-Antrags- und Genehmigungsverfahren unverändert.

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Zertifizierung und die Durchführung sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit, die bislang im Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Paragraf 87 Absatz 2a SGB V geregelt waren, werden – bis eine entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V in Kraft tritt – als Anhang zum Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ in den EBM überführt.

Die Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen 30940 bis 30956 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Leistungen sind belegärztlich nicht berechnungsfähig.

Weitere Informationen zum Thema MRSA finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA* und auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de.

Übersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen (GOPen)			
GOP neu (gültig ab 1. April 2014)	GOP alt ¹⁾ (gültig bis 31. März 2014)	Leistungsbeschreibung	EBM- Bewertung
30940	86770	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung	35 Punkte, Preis-B€GO 3,55 Euro
30942	86772	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA Kontaktperson gemäß der GOP 30946	133 Punkte, Preis-B€GO 13,47 Euro
30944	86774	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 30946 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der GOP 30942	90 Punkte, Preis-B€GO 9,12 Euro
30946	86776	Abklärungsdiagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers	32 Punkte, Preis-B€GO 3,24 Euro
30948	86778	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V ²⁾	46 Punkte, Preis-B€GO 4,66 Euro
30950	86780	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	19 Punkte, Preis-B€GO 1,92 Euro
30952	86781	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	19 Punkte, Preis-B€GO 1,92 Euro
30954	86782	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden Neu: In der gleichen Sitzung neben der GOP 32837 nicht berechnungsfähig.	51 Punkte, Preis-B€GO 5,17 Euro
30956	86784	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954 Neu: In der gleichen Sitzung neben der GOP 32837 nicht berechnungsfähig.	25 Punkte, Preis-B€GO 2,53 Euro

1) ab 1. April 2014 nicht mehr berechnungsfähig.

2) Wenn Sie im Rahmen einer Netzwerk- beziehungsweise Fallkonferenz die Präsentation der Gesamtschau der bundesweiten und regionalen Infektions- beziehungsweise Resistenzentwicklung als Gesamtschau übernehmen, tragen Sie bitte die GOP 30948 mit dem Buchstaben „P“ in Ihrer Abrechnung ein (zum Beispiel 30948P). Nur so können wir Ihnen den höheren Höchstwert von 1.515 Punkten zuordnen.

Redaktionelle Anpassungen

Verweise auf Bundesmantelvertrag im EBM angepasst

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

Ergänzung der Präambel 23.1 Nr. 5 – Aufnahme der neuropsychologischen Therapie

Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 wurde die Neuropsychologische Therapie (Abschnitt 30.11) neu in den EBM aufgenommen. Es wurde dabei versäumt, diesen Abschnitt 30.11 auch in die Präambel 23.1 Nr. 5 als für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähige Leistungen aufzunehmen. Dies wird nun mit Wirkung zum 1. April 2014 korrigiert.

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

Richtigstellung: GOP 04220 und 04221

In den KVB-INFOS 3/2014 informierten wir über die Aufnahme des Abrechnungsausschlusses der neuen Chronikerpauschalen 04220 und 04221 neben den fachärztlichen kinderärztlichen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 und 4.5.

Dieser Ausschluss gilt nicht nur – wie von uns irrtümlich veröffentlicht – für die Sitzung, sondern für den gesamten Behandlungsfall (wie schon beim alten Chronikerkomplex 04212).

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

Abrechnung von GOP 03360 und 03362

Nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) können die hausärztlich-geriatrischen Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen abgerechnet werden:

- F00-F02 (demenzielle Erkrankungen)
- G30 (Alzheimer-Erkrankung)
- G20.1 (Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung) und G20.2 (Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung)

Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung, dass die Angabe einer gesicherten Diagnose nach ICD-10 notwendig ist.

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

Abrechnung Serienangiographie

Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung, dass nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) neben der Serienangiographie nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 34283 und den dazugehörigen Zuschlägen nach den GOPen 34284, 34285, 34286 und 34287 in demselben Behandlungsfall nur die folgenden Leistungen berechnungsfähig sind:

- GOPen 01100 und 01101 (unvorhergesehene Inanspruchnahme)
- GOPen 01220 bis 01222 (Reanimation, Beatmung, Defibrillation)
- GOP 01530 (Beobachtung nach diagnostischer Angiographie)
- GOPen 01620 bis 01622 (Bescheinigung, Zeugnis, Krankheitsbericht, Kurplan, Gutachten, Stellungnahmen)
- GOP der Kapitel 13 (Internistische GOPen), 24 (Radiologische GOPen) und 32 (Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie)
- GOPen der Abschnitte 34.2 (Diagnostische Radiologie) und 34.3 (Computertomographie)
- GOP 34489 (MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien)
- GOP 01531 in Verbindung mit einer therapeutischen angiographischen Leistung nach den GOPen 34284, 34285 und/oder 34286, 34287

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

Weiterentwicklung Humangenetik

Die ursprünglich vom Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2014 geplante umfassende Weiterentwicklung der humangenetischen Leistungen im EBM verschiebt sich auf den 1. April 2015.

Im Rahmen der Beratungen wurde deutlich, dass der Umfang und die Komplexität der Anpassungen einen längeren Umsetzungszeitraum erfordern, um eine sachgerechte Abbildung, Überarbeitung und Bewertung der genetischen Leistungen im EBM zu ermöglichen.

Die in Hinblick auf die Weiterentwicklung zunächst bis zum 30. Juni 2014 befristete Präzisierung der Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 auf die anzuwendenden Untersuchungstechniken beziehungsweise -verfahren (siehe KVB INFOS 9/2013) wird deshalb ebenfalls bis zum 31. März 2015 verlängert.

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

Laborkompendium: neue KBV-Richtlinie

Am 1. April 2014 ist das neue Laborkompendium, eine Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), in Kraft getreten. Darin befinden sich Regelungen und Hinweise zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich. Das Laborkompendium richtet sich an Ärzte, die im ambulanten vertragsärztlichen Bereich Laborleistungen veranlassen oder diese durchführen, sowie an Kassenärztliche Vereinigungen, die die Abrechnung von Laboruntersuchungen beurteilen.

Es enthält ergänzende Hinweise zum Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie) sowie Interpretationshilfen zu einzelnen Gebührenordnungspositionen und Empfehlungen zu medizinisch sinnvoller und wirtschaftlicher Stufendiagnostik im Laborbereich.

Das Laborkompendium wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 13 vom 28. März 2014, als CD-ROM veröffentlicht. Es steht auch auf der Internetseite der KBV unter www.kvb.de in der Rubrik Mediathek als PDF zum Download zur Verfügung.

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

Künstliche Befruchtung

Ab sofort übernimmt die Bundeswehr für ihre Angehörigen die Kosten von Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung zu 100 Prozent. Bundeswehrangehörige müssen daher keinen Eigenanteil von 50 Prozent mehr leisten. Bitte rechnen Sie diese Bundeswehrfälle – wie alle anderen Fälle auch – nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab. Die Umsetzung, dass bei Bundeswehrangehörigen die Leistungen der künstlichen Befruchtung zu 100 Prozent vergütet werden, wird von der KVB vorgenommen.

Weitere Hinweise zur Abrechnung:

- Die Behandlung von Bundeswehrangehörigen kann nur auf Überweisung durch einen Truppenarzt erfolgen.
- Es werden nur die Leistungen vergütet, die bei den Bundeswehrangehörigen selbst erbracht werden. Dies sind nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung
 - bei Soldaten: Maßnahmen im Zusammenhang mit der (gegebenenfalls) Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, eventuell einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens sowie für die in Nr. 12 der Richtlinie genannten Laboruntersuchungen beim Mann, die Beratung des Paares nach Nr. 16 der Richtlinie und die unter Umständen in diesem Zusammenhang erfolgende Beratung.
 - bei Soldatinnen: Kosten für die Beratung des Paares nach Nr. 14 der Richtlinie sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen.
- Im Einzelfall erforderliche HIV-Tests werden übernommen.

- Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen (zum Beispiel für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen) bedürfen einer Einzelfallgenehmigung durch die Bundeswehr.

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

Im Ausland krankenversicherte Patienten

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

Die Details finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe-Erstellung-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Bitte beachten Sie, dass Sie als Nachweis des Versicherungsverhältnisses eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte beziehungsweise Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis benötigen. Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt auf dem Vordruckmuster 80. Zusätzlich ist die Erklärung nach Muster 81 vom Patienten zu unterschreiben. Achten Sie bitte auf vollständige Angaben in diesen Vordrucken.

Sofern die oben genannten Voraussetzungen und Angaben nicht vorliegen und Leistungen dennoch abgerechnet werden, sind Anträge der Krankenkassen und Kostenträger unvermeidlich und führen dazu, dass Sie bereits vergütete Leistungen zurückzahlen müssen.

Hinweis zur Privatliquidation

Wenn ein Patient keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte beziehungsweise Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis oder einen Abrechnungsschein vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Jutta Seufert unter
 Telefon 09 31/ 3 07 – 5 17
 E-Mail Jutta.Seufert@kvb.de

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Off-Label-Use (Anlage VI): Gabapentin zur Behandlung der Spastik

Die Expertengruppe „Neurologie/ Psychiatrie“ kam zu dem Fazit, dass der Off-Label-Einsatz von oralem Gabapentin zur Therapie der spastischen Bewegungsstörung (Tetra-, Paraspastik) und nächtlicher schmerzhafter Spasmen bei generalisierter Spastik bei Multipler Sklerose (MS) des Erwachsenen gerechtfertigt ist, wenn für die Spastik bei MS zugelassene Antispastika wegen Unverträglichkeit, unerwünschter Wirkungen oder fehlender Wirksamkeit nicht angewendet werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher Gabapentin zur Behandlung der Spastik im Rahmen der Multiplen Sklerose in den Teil A – Wirkstoffe, die im zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten verordnungsfähig sind – aufgenommen.

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Colestilan (BindRen®)

Nach der Beschlussfassung am 1. Oktober 2014 äußerte sich der Hersteller gegenüber dem G-BA. Aufgrund dieser Stellungnahme entschied der G-BA, den Beschluss hinsichtlich der Formulierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie wie folgt zu ändern:

Die zweckmäßige Vergleichstherapie zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei Erwachsenen mit chronischer Nierenerkrankung (Chronic Kidney Disease, CKD) im Stadium 5, die sich einer Hämodialyse oder Peritonealdialyse unterziehen, sind

- calziumhaltige Phosphatbinder (einzeln oder in Kombination) oder Sevelamer oder Lanthan-karbonat,

- bei Patienten, bei denen calziumhaltige Phosphatbinder laut Fachinformation kontraindiziert sind (zum Beispiel Hypercalzämie): Sevelamer oder Lanthan-karbonat.

Unter calziumhaltige Phosphatbinder fallen auch Phosphatbinder, die neben calziumhaltigen zusätzlich magnesiumhaltige phosphatbindende Wirkstoffe enthalten. Auf die Bewertung des Ausmaßes des Zusatznutzens hatte die Änderung keine Auswirkung. Ein Zusatznutzen konnte nicht belegt werden.

Enzalutamid (Xtandi®):

Die zweckmäßige Vergleichstherapie für Enzalutamid zur Behandlung des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet, ist Best-Supportive-Care (zum Beispiel adäquate Schmerztherapie). Es liegt ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen vor.

Pomalidomid (Imnovid®):

Es handelt sich um ein sogenanntes Orphan Drug (das heißt als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens) und ist zugelassen in Kombination mit Dexamethason indiziert für die Behandlung des rezidierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Lenalidomid und Bortezomib, erhalten haben und unter der letzten Therapie eine Progression gezeigt haben. Für Orphan Drugs gilt der Zusatznutzen mit der Zulassung als belegt. Der G-BA legt in seinem Beschluss lediglich das Ausmaß des Zusatznutzens fest. Den Zusatznutzen hat der G-BA als beträchtlich bewertet.

Ponatinib (Iclusig®):

Es handelt sich um ein Orphan Drug zur Behandlung erwachsener Patienten mit

- chronischer myeloischer Leukämie in der chronischen Phase, akzelerierten Phase oder Blastenkrise, die behandlungsresistent gegenüber Dasatinib beziehungsweise Nilotinib sind oder diese Wirkstoffe nicht vertragen und bei denen eine Behandlung mit Imatinib klinisch nicht geeignet ist, oder bei denen eine T315I-Mutation vorliegt.
- Philadelphia-Chromosom-positiver akuter Lymphoblastenleukämie, die behandlungsresistent gegenüber Dasatinib sind, die Dasatinib nicht vertragen und bei denen eine Behandlung mit Imatinib klinisch nicht geeignet ist, oder bei denen eine T315I-Mutation vorliegt.

Der Zusatznutzen wurde vom G-BA aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage als nicht quantifizierbar bewertet.

Vemurafenib (Zelboraf®):

Der Beschluss vom 6. September 2012 wurde aufgrund der Beleglage und einer Auflage der Europäischen Zulassungsbehörde auf ein Jahr befristet, daher war eine erneute Nutzenbewertung durchzuführen. Im aktuell vorgelegten Dossier sind aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) keine verwertbaren neuen Daten enthalten. Die neu vorgelegten Daten haben somit keine Auswirkungen auf die Bewertung des Zusatznutzens. In der Gesamtschau sieht das IQWiG für Vemurafenib nach wie vor einen beträchtlichen Zusatznutzen. Die Ergebnissicherheit wird als Hinweis eingestuft, da weiterhin nur eine

Studie vorliegt. Der G-BA folgte in seinem Beschluss der Bewertung des IQWiG.

Vismodegib (Erivedge®):

Für die Behandlung des symptomatischen metastasierten Basalzellkarzinoms und des lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms gibt es keine zugelassenen Arzneimittel, die als zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt werden könnten.

- Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit symptomatischem metastasiertem Basalzellkarzinom ist Best-Supportive-Care 1 die zweckmäßige Vergleichstherapie, gegebenenfalls unter Einbeziehung einer Operation oder Strahlentherapie. Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Die zweckmäßige Vergleichstherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, für die weder eine Operation noch eine Strahlentherapie geeignet ist, ist auch Best-Supportive-Care 1. In diesem Fall liegt ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen vor.

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

Impfung gegen Influenza

Nach der aktuellen Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) hinsichtlich der Influenza-Impfung, sollen Kinder von zwei bis einschließlich sechs Jahren bevorzugt mit LAIV geimpft werden, eingeschränkt um die in der Fachinformation von LAIV (Fluenz®) genannten Kontraindikationen beziehungsweise Warnhinweise. Kinder und Jugendliche ab einem Alter von sieben bis einschließlich 17 Jahren sollten bei gegebener Indikation mit inaktiviertem Impfstoff geimpft werden. In der SI-RL wird für diese Patientengruppe LAIV damit nicht aufgeführt. Hintergrund hierfür ist, dass die aktuell vorhandene Evidenz keine bevorzugte Empfehlung für LAIV für diese Altersgruppe zulässt und LAIV aufgrund des wesentlich höheren Preises hier als nicht wirtschaftlich angesehen wird.

Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Bezug auf die Empfehlung für eine Influenza-Impfung von „Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können“ den bisher vor dem Wort „Risikopersonen“ stehenden Begriff „ungeimpfte“ gestrichen.

Eine entsprechende Klarstellung der Dokumentationsziffer wurde nachvollzogen: Influenza nasal – sonstige Indikationen: Kinder (24 Monate bis sechs Jahre): 89112 N

Achtung: Die nasale Grippeimpfung ist in Bayern derzeit nicht im Rahmen der Impfvereinbarung abrechenbar.

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 Hepatitis B

Die bisherigen sechs Patientengruppen werden in den drei folgenden Indikationsgruppen zusammengefasst. Zu Gruppe 1 und 2 werden Beispiele für relevante Personenbeziehungsweise Patientengruppen genannt. Diese dienen der Orientierung, sollen jedoch keine abschließende Indikationsliste darstellen.

Gruppe 1 (Indikationsimpfung):

Personen, bei denen wegen einer vorbestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz beziehungsweise -suppression oder wegen einer vorbestehenden Erkrankung ein schwerer Verlauf einer Hepatitis B zu erwarten ist (zum Beispiel HIV-Positive, Hepatitis-C-Positive, Dialysepatienten).

Gruppe 2 (Indikationsimpfung):

Personen mit einem erhöhten nicht beruflichen Expositionsrisiko, zum Beispiel Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, intravenöser Drogenkonsum, Gefängnisinsassen, gegebenenfalls Patienten in psychiatrischen Einrichtungen.

Gruppe 3 (berufliche Indikationen):

Personen mit einem erhöhten beruflichen Expositionsrisiko, zum Beispiel Ersthelfer, Polizisten, Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen etc.). Eine erhöhte berufliche Gefährdung durch Hepatitis B begründet in folgenden Bereichen keinen Leistungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund eines erhöhten beruflichen Risikos besteht ein spezieller Anspruch gegen folgende Arbeitgeber:

Preisgünstige Blutzucker- teststreifen

- Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Menschen und Betreuung von Behinderten, einschließlich der Bereiche, die der Versorgung beziehungsweise der Aufrechterhaltung dieser Einrichtungen dienen (Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann, insbesondere Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder Gefahr von Verspritzen und Aerosolbildung)
- Notfall- und Rettungsdienste (Expositionsbedingungen wie vor)
- Pathologie (Expositionsbedingungen wie vor)
- Forschungseinrichtungen/Laboratorien (regelmäßige Tätigkeiten mit Kontaktmöglichkeit zu infizierten Proben oder Verdachtsproben beziehungsweise zu erregerehaltigen oder kontaminierten Gegenständen oder Materialien).

Für Reiseschutzimpfungen besteht kein Leistungsanspruch.

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

Um Sie bei der Erstverordnung und bei der Umstellung auf ein anderes Messgerät effizient zu unterstützen, haben wir unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A-Z*, „B“ eine Liste mit preisgünstigen Blutzuckerteststreifen für Sie zusammengestellt.

Keine Nutzenbewertung von Florbetaben

Die Anwendung des Wirkstoffs Florbetaben (18F) als Diagnostikum für die Positronen-Emissions-Tomographie im Rahmen der β -Amyloid-PET-Bildgebung zum Nachweis der Alzheimer-Erkrankung mit dem diagnostischen Ziel der Darstellung betaamyloider Plaques im Gehirn, ist Bestandteil einer neuen Untersuchungsmethode und fällt damit nicht unter den Geltungsbereich der Nutzenbewertung.

Elektronische Gesund- heitskarte

Für Patienten, die im Besitz der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sind, verwenden Sie bitte keine bedruckten Verordnungsformulare mit alten Versichertendaten. Wir empfehlen Ihnen, für Hausbesuche vorbereitete Rezepte mit den aktuellen Versichertendaten in Ihrer Praxisverwaltungssoftware abzugleichen.

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

Kombinierte hormonale Kontrazeptiva

Die Ergebnisse einer europaweiten Bewertung bestätigen die bisherige Einschätzung, dass das Risiko für das Auftreten venöser Thromboembolien (VTE) unter allen niedrig dosierten kombinierten hormonalen Kontrazeptiva (KHK) (Ethinylestradiol-Gehalt < 50 μ g) gering ist. Es gibt Belege dafür, dass in Abhängigkeit vom enthaltenen Gestagen Unterschiede hinsichtlich des VTE-Risikos zwischen kombinierten hormonalen Kontrazeptiva bestehen. Aktuell verfügbare Daten deuten darauf hin, dass kombinierte hormonale Kontrazeptiva, die die Gestagene Levonorgestrel, Norethisteron oder Norgestimat enthalten, das niedrigste VTE-Risiko unter den KHK aufweisen.

Sie finden dazu eine ausführliche Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ inklusive einer Checkliste und einer Patientinnenkarte mit Verlinkung auf den Rote-Hand-Brief unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

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

MedHygV – aktuelle Informationen zum Ambulanten Operieren

Die Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) ist in Bayern seit September 2012 in Kraft. Über die grundsätzlichen Anforderungen der MedHygV haben wir Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 11/2012 und 04/2013 bereits informiert. Seit April 2014 stehen Ihnen unter www.kvb.de auch Informationen zu den spezifischen Anforderungen, insbesondere an Einrichtungen für Ambulantes Operieren und Dialyse-einrichtungen zur Verfügung.

Begehungen von Einrichtungen für Ambulantes Operieren

Der Stand der Umsetzung der MedHygV wird bis Ende 2014 in einem Schwerpunktprojekt durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) in bayernweit 354 Einrichtungen für Ambulantes Operieren exemplarisch überprüft. Einrichtungen, in denen Operationen und/oder operative Eingriffe durchgeführt werden, sind nach Paragraph 14 MedHygV verpflichtet, ihre operative Tätigkeit beim jeweils zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen. Die Forderungen in Paragraph 5 MedHygV hinsichtlich Ausstattung mit Hygienefachpersonal gemäß den Paragraphen 6 bis 9 MedHygV sind gestaffelt nach Kategorien der operativen Tätigkeit umzusetzen:

- Kategorie A – Operationen
- Kategorie B – Operative Eingriffe
- Kategorie C – Invasive Eingriffe

Um die genaue Zuordnung der operativen Tätigkeit in einer Einrichtung zu diesen Kategorien zu gewährleisten, haben Fachexperten des Landesverbands für Ambulantes Operieren in Bayern, der Berufsverbände und der KVB eine Liste von ope-

rativen Maßnahmen, unterteilt nach Fachgruppen, erstellt. Einrichtungen, in denen Operationen und/oder operative Eingriffe durchgeführt werden, sind demnach den Kategorien A oder B zuzuordnen. Die Einrichtung führt diese Zuordnung selbst durch und meldet die Kategorie der operativen Tätigkeit am jeweiligen Standort über ein bayernweit einheitliches, elektronisch auszufüllendes Formular des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) dem für den Standort zuständigen Gesundheitsamt.

Hygienefachpersonal nach Kategorie des Ambulanten Operierens

Arztpraxen, die ausnahmslos invasive Eingriffe der **Kategorie C** vornehmen, haben kein Hygienefachpersonal zu beschäftigen beziehungsweise intern zu bestellen. In der Kategorie C besteht **keine Pflicht** für die Arztpraxen zur **Meldung beim Gesundheitsamt**. Die Leitung ist aber wie in allen Arztpraxen verpflichtet, einen Hygieneplan zur Infektionshygiene nach Paragraph 3 MedHygV zu erstellen und nach Paragraph 12 MedHygV das Personal über die innerbetrieblichen Verfahrensweisen im Hygieneplan zu informieren, bei Beginn des Arbeitsverhältnisses einzuweisen und regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu schulen. Dem am Patienten tätigen Personal muss Gelegenheit zur Teilnahme an geeigneten infektionshygienischen Fortbildungsveranstaltungen gegeben werden.

Einrichtungen, die operative Maßnahmen der **Kategorie A** vornehmen, sind darüber hinaus verpflichtet, Hygienefachpersonal in Form eines **Hygienebeauftragten Arztes** und einer **Hygienebeauftragten in**

der Pflege intern zu bestellen. Diese Funktionen sind bereits jetzt dokumentiert zu benennen, auch wenn die erforderliche Hygienequalifikation noch nicht erworben wurde. Als Hygienebeauftragte „in der Pflege“ kann auch eine Angestellte mit vergleichbarer medizinischer Ausbildung, zum Beispiel eine fachlich geeignete Medizinische Fachangestellte (MFA) benannt werden. Zusätzlich ist die externe Beratung durch einen **Krankenhausthygieniker** und eine **Hygienefachkraft** vertraglich zu vereinbaren.

Auch Einrichtungen der **Kategorie B**, in denen keine Operationen, sondern „nur“ operative Eingriffe durchgeführt werden, müssen die externe Beratung durch Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräften nachweisen. Die Qualifikation des eigenen Personals zu Hygienebeauftragten wird in dieser Kategorie des Ambulanten Operierens nicht gefordert.

Hinsichtlich des Hygienefachpersonals besteht bis 31. Dezember 2016 eine Übergangsregelung: Bis zu diesem Tag kann das Praxispersonal weitergebildet werden, das bisher nicht die gemäß MedHygV geforderte Hygienequalifikation nachweisen kann.

Die KVB unterstützt ihre Mitglieder

Seit Herbst 2012 steht die KVB hinsichtlich der Anforderungen der MedHygV in enger Abstimmung mit dem StMGP, dem LGL und den Berufsverbänden. Wir setzen uns dabei auch für die Implementierung einer Fortbildung zur hygienebeauftragten Medizinischen Fachangestellten und einer Anerkennung damit vergleichbarer, bereits geleiste-

DMP-Feedbackberichte für 2. Halbjahr 2013 abrufbar

ter MFA-Fortbildungen ein. Hinsichtlich der geforderten Beratung durch Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte wollen wir Ihnen, den Ärzten, die ambulant operieren, Kooperationsmöglichkeiten aufzeigen.

Im April wurden alle Vertragsärzte mit der Genehmigung für Ambulantes Operieren über diese Regelungen durch ein Serviceschreiben der KVB informiert. Weitere Informationen zu den Anforderungen der MedHygV, den Begehungen durch die Gesundheitsämter sowie die genannte **Liste der operativen Maßnahmen** (Kategorie A,B,C) und das **Meldeformular des LGL** für die Anzeige der operativen Tätigkeit finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Hygiene und Medizinprodukte/Medizinische Hygieneverordnung*.

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	Hygiene-Beratung@kvb.de

Die Feedbackberichte für Asthma/COPD, Koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Brustkrebs aus den DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2013 sind erstellt. Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben.

Mittels SmarAkt kann jeder DMP-Arzt den oder die Feedbackbericht(e) seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20132“ für das zweite Halbjahr 2013).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

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

Telefon	0 89 / 5 70 93 – 24 36
Fax	0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
E-Mail	Info@ge-dmp-bayern.de

Informationspaket rund um das Thema „Masern“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat das Ziel ausgerufen, die Masern in Europa bis 2015 zu eliminieren. Wie die jüngsten Masernausbrüche zeigen, ist Deutschland von diesem Ziel noch weit entfernt. 2013 wurden 1.775 Masernfälle gemeldet, fast 800 davon in Bayern. In 2014 wurden bis zur zehnten Woche bundesweit 60 Masernfälle gemeldet, 27 davon in Bayern. Ende März deutete sich ein Anstieg der Erkrankungen erneut in und um München an. Die Zahlen zeigen, dass hinsichtlich des Impfschutzes gegen Masern noch erheblicher Handlungsbedarf besteht.

Um Sie bei der Aufklärung Ihrer Patienten zu unterstützen, hat die KVB ein umfangreiches Paket mit Informationsmaterialien zusammengestellt, das Ihnen bei der Beratung zum Thema Masernerkrankung und Masernimpfung hilfreich sein soll. Das Paket enthält Flyer, einen aktuellen Impfkalender und die „Abrechnungsnummern Impfen“ als Tischvorlagen sowie FAQ zum Thema Masern. Diese Informationsmaterialien finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Infektionen/Masern* in der rechten Downloadleiste unter Patienten- und Arztinformationen. Das Paket wurde bereits per Post an alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten und Frauenärzte versendet. Solange der Vorrat reicht, können Sie die Informationsmaterialien auch direkt bei der KVB nachbestellen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 66
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 42 91
 E-Mail SVS@kvb.de

Kodiervorschläge von Krankenkassen

Immer wieder wird uns berichtet, dass Mitarbeiter von Krankenkassen Praxen mit dem Ziel aufsuchen, patientenbezogenen Vorschläge für ein verbessertes Kodierverhalten zu unterbreiten, die entsprechenden Kodierungen ändern zu lassen und unmittelbar der Krankenkasse mitzuteilen. Die unterbreiteten Vorschläge mit den erbetenen Mitteilungen werden wohl mit der Absicht abgegeben, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu generieren.

Wir haben diese Vorgehensweise rechtlich geprüft und sind in Übereinstimmung mit einer Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zu dem Ergebnis gekommen, dass derartige Verhaltensweisen der Krankenkassen oder einzelner Kassenmitarbeiter aus mehreren, unter anderem datenschutzrechtlichen Gründen unzulässig sind. Das Bundesversicherungsamt hat zudem die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger der Länder aufgefordert, solche Vorgehensweisen zu beanstanden und geht auch selbst gegen bundesunmittelbare Krankenkassen vor.

Wir empfehlen daher für den Fall, dass Krankenkassen einen derartigen Diagnoseänderungswunsch an Sie herantragen und um unmittelbare Mitteilung der geänderten Kodierung bitten, dieses Ansinnen zurückzuweisen und uns gegebenenfalls darüber zu informieren.

Die Verpflichtung der Vertragsärzte, die Diagnosen nach ICD-10 GM und OPS zu kodieren und der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen, ergibt sich aus den Paragraphen 294 und 295 SGB V. Die Regelungen sehen für die vertragsärztliche Versorgung vor, dass die Erhebung der verschlüsselten Diagnosedaten

unter anderem zur sachlich-rechnerschen Prüfung der Abrechnungsdaten im Datenaustausch zwischen Vertragsarzt und KV einerseits und zwischen KV und Kassen andererseits erfolgt. Eine Rechtsgrundlage für die unmittelbare Übermittlung der Diagnosedaten vom Vertragsarzt an die Krankenkasse zum Zweck, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erzielen, regeln diese Paragraphen für die vertragsärztliche Versorgung gerade nicht.

Übermittelt ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut gleichwohl Diagnoseverschlüsselungen von Patienten, die in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden, an Krankenkassen oder deren Mitarbeiter außerhalb des Abrechnungsverfahrens über die KV, liegt ein datenschutzrechtlicher Verstoß vor.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Stefan Schlosser unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 62 03
 E-Mail Stefan.Schlosser@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:

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

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

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Abrechnungsworkshop Urologen

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis - Führungsgrundlagen

Erstkraft und Führungskräfte in der Praxis - Kommunikationskompetenz

Telefonieren kompakt

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärzte und Kinderärzte

QM-/QZ-Seminare

Regionale Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Ausbildung zur QMB - DIN EN ISO

Lokale Moderatorentreffen

QM-Dokumente - digital erstellen, pflegen und archivieren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	95,- Euro	17. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Mai 2014 24. Mai 2014 4. Juni 2014	10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg München Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Mai 2014 27. Mai 2014 4. Juni 2014	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Mai 2014 25. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2014 24. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2014 28. Mai 2014 25. Juni 2014	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg Nürnberg Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. Mai 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	85,- Euro	24. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Mai 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Mai 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Juni 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2014 25. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	21. Mai 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	Südwestpark- Hotel Nürnberg
Ärzte, die einen QZ gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	28. Juni 2014	9.00 bis 18.00 Uhr	München
MFA oder Praxismanager	195,- Euro	4. Juli 2014 5. Juli 2014	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Psychotherapeutische QZ-Moderatoren	kostenfrei	4. Juli 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	9. Juli 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS 06|14

ABRECHNUNG

- 70 Die nächsten Zahlungstermine
- 70 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014
- 71 KV-Statistiken richtig lesen
– richtig reagieren

VERORDNUNGEN

- 72 Arzneimittelverordnungssoftware
- 72 Heilmittelerbringer haben eine Prüfpflicht
- 72 Heilmittelverordnung:
ICD-10-GM-Code angeben
- 73 MRSA-Dekolonisierung:
Neufassung der Häuslichen
Krankenpflege-Richtlinie
- 73 Orientierungsrahmen für
Blutzuckerteststreifen
- 74 MRSA-Dekolonisierung:
Verordnung von Arzneimitteln
- 74 Ergänzungen der Arzneimittel-
Richtlinie
- 75 Metoclopramid (MCP)-haltige
Tropfen
- 75 Neue orale Antikoagulantien
- 76 Herstellung von Arzneimitteln

SEMINARE

- 76 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 78 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

- 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

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2014 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Juli 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 Richtigstellungsmittelung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

KV-Statistiken richtig lesen – richtig reagieren

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Die umfangreichen Honorarunterlagen, die die KVB ihren Mitgliedern quartalsweise zur Verfügung stellt, sind für viele oftmals „ein Buch mit sieben Siegeln“ – so zumindest die Rückmeldungen aus Telefonaten und Mitgliederversammlungen.

Deshalb bieten unsere Beratungsexperten seit jeher Hilfe und Unterstützung für die Abrechnung an, damit Sie Ihre Abrechnungsergebnisse im Detail nachvollziehen können. Bereits seit Längerem stellen wir auch online entsprechende Erläuterungen zur Verfügung. Diesen Service, der bislang noch zu wenig bekannt war, haben wir nun komplett überarbeitet: Unter dem Motto „KV-Statistiken richtig lesen – richtig reagieren“ haben wir für Sie getrennt nach Haus- und Facharztpraxen jeweils eine Gesamtübersicht zu den Honorarunterlagen eingestellt, in der Sie innerhalb der „Agenda“ zu den einzelnen Themen navigieren können. Für einzelne Honorarunterlagen finden Sie hier auch Teilpräsentationen zum besseren Verständnis, außerdem eine Übersicht mit den Besonderheiten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sobald sich Änderungen bei den Listbildern ergeben, werden wir selbstverständlich unseren Service aktualisieren.

Wir hoffen, dass unsere Erläuterungen Ihnen den Umgang mit den Honorarunterlagen verständlicher machen. Nach wie vor stehen Ihnen selbstverständlich unsere Berater vor Ort für Ihre Rückfragen zur Verfügung.

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

Arzneimittelverordnungssoftware

Folgenden Systemen der Informed GmbH wurde die Zulassung für die Arzneimittelverordnung gemäß AV-WG-Anforderungskatalog entzogen:

INFORMED (ID 227 – Prüfnummer: Y/443/1308/24/227) und INFORMED CLASSIC (ID 073 – Prüfnummer: Y/443/1308/24/073)

Hintergrund

Zum Jahresbeginn 2014 erreichten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Meldungen, nach denen die Arzneimitteldaten in Informed seit mehreren Quartalen nicht mehr aktualisiert worden sind, obwohl der AVWG-Anforderungskatalog ein mindestens quartalsweises Update der Daten fordert. Trotz mehrmaliger Aufforderung durch die KBV beseitigte Informed GmbH die festgestellten Mängel nicht. Daher wurde für die Arzneimittelverordnungssoftware der Informed GmbH am 2. April 2014 formal das Verfahren zum Entzug der Zulassung eingeleitet.

Die elektronische Erstellung von Rezepten ist nur mittels einer zertifizierten Software möglich. Soweit ein Vertragsarzt eine Verordnung mittels eines nicht zugelassenen Softwareprogramms gemäß Paragraph 73 Absatz 8 SGB V vornimmt, ist die Art und Weise der Ausstellung der Verordnung fehlerhaft. Dies kann eventuell zu Prüfanträgen im Rahmen eines „sonstigen Schadens“ führen.

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

Heilmittelerbringer haben eine Prüfpflicht

Leistungserbringer von Heilmitteln sind verpflichtet, alle Verordnungen auf Vollständigkeit und Richtigkeit zu prüfen. Dies entschied das Bundessozialgericht schon im Oktober 2009.

Der Heilmittelerbringer hat grundsätzlich vor Beginn der Behandlung die Korrektur beziehungsweise Ergänzung der Verordnung mit dem verordnenden Arzt zu klären. Spätestens aber bis zum Zeitpunkt des Einreichens der Abrechnung durch den Therapeuten haben die Korrekturen zu erfolgen, da sonst die Verordnung von den Krankenkassen abgesetzt werden würde.

Erfolgt die Korrektur nicht bis zum Einreichen der Abrechnung, gibt es Einzelfälle (wenn beispielsweise die Arztunterschrift fehlt), in denen die Verordnung vorläufig abgesetzt und zur Ergänzung durch den verordnenden Arzt beziehungsweise den Heilmittelerbringer zurückgesandt wird. Nach erfolgter Korrektur oder Ergänzung kann die Verordnung erneut abgerechnet werden.

Die Korrektur beziehungsweise Ergänzung per Fax ist ausnahmsweise (zum Beispiel Ankreuzen Hausbesuch „ja“ oder „nein“) möglich. Der Leistungserbringer reicht dann das Original gemeinsam mit dem korrigierten Fax zur Abrechnung ein.

Die sogenannte Checkliste, die Bestandteil des Rahmenvertrags physikalische Therapie (Stand: 1. August 2013; Vertragspartner: Berufsverbände der Physiotherapeuten und Landesverbände der Krankenkassen) ist, finden Sie im Anhang von Verordnung Aktuell „Heilmittelerbringer haben eine Prüfpflicht“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnung/Heilmittel/*

Grundsätzliches. Aus dieser Checkliste gehen die oben genannten Ausnahmefälle hervor.

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

Heilmittelverordnung: ICD-10-GM-Code angeben

Ab 1. Juli 2014 ist auf jeder Heilmittelverordnung der therapierelevante ICD-10-GM-Code anzugeben. Dies ist bereits für Verordnungen bei Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf eine Pflichtangabe. Für alle anderen Heilmittelverordnungen galt bislang eine Soll-Bestimmung zur Angabe des ICD-10-GM-Codes.

Ausführliche Informationen sowie Ausfüllhilfen zur Ausstellung von Heilmittelverordnungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel.*

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

MRSA-Dekolonisierung: Neufassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie

Die ambulante Eradikationstherapie des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) kann jetzt im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für definierte Patientengruppen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu eine Neufassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL, Leistungsverzeichnis Nr. 26a) beschlossen, die am 1. Mai 2014 in Kraft trat.

Leistungsumfang und Verordnung

Im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von MRSA-Patienten ist die neue Leistung „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ verordnungsfähig. Die MRSA-Dekolonisierung durch einen ambulanten Pflegedienst wird nach dem verordneten ärztlichen Sanierungsplan durchgeführt. Dazu gehören:

- Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels
- Mund- und Rachen-Spülung/Behandlung mit einer antiseptischen Lösung
- Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Waschsubstanzen

Bei Patienten mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen, die nicht in der Lage sind, Sanierungsmaßnahmen selbst oder durch Angehörige durchzuführen, kann auch der tägliche Wechsel von Textilien (zum Beispiel Bettwäsche) sowie die erforderliche Desinfektion von Gegenständen, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, verordnet werden. Voraussetzung dafür ist, dass kein Anspruch auf diese Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)

besteht. Ob eine Anspruchsberechtigung vorliegt, wird durch die Krankenkasse geprüft auf Antrag des Versicherten oder des Pflegedienstes unter Vorlage der ärztlichen Verordnung spätestens am dritten Arbeitstag nach der Ausstellung (siehe Paragraf 6 HKP-RL).

Sollte der Dekolonisierungsversuch nicht erfolgreich sein, kann der Arzt eine neue Erstverordnung ausstellen. Dabei sind Gründe für die frustrierte Sanierung vorab zu eruieren.

Besonderheiten bei Krankenhausbehandlung

Auch Krankenhausärzte können die neue Leistung verordnen. Möglich ist dies, wenn eine Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen wurde beziehungsweise ein Krankenhausarzt eine häusliche Krankenpflege zur MRSA-Sanierung für erforderlich hält (siehe Paragraf 7 Absatz 5 HKP-RL). Ziel dieser Regelung ist die Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung des MRSA-Patienten. Außerdem kann häusliche Krankenpflege zur Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen verordnet werden, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde.

Unberührt von der neuen HKP-Richtlinie bleibt die Verordnung von OTC-Arzneimitteln und Medizinprodukten zur MRSA-Dekolonisierung. Hier ist nach wie vor nur die antibakterielle Nasensalbe (Wirkstoff zum Beispiel Mupirocin) als Arzneimittel zulasten der GKV verordnungsfähig.

Informationen zu MRSA und der neuen Leistung der HKP-RL finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA* so-

wie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kvb.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Verordnungen/Häusliche Krankenpflege.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Hygieneexperten Dr. med. Lutz Bader unter

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

Orientierungsrahmen für Blutzuckerteststreifen

Der zwischen den Verbänden der Krankenkassen in Bayern und der KVB abgestimmte Orientierungsrahmen für Blutzuckerteststreifen hat weiterhin uneingeschränkt Gültigkeit. Irritationen kamen durch einen Artikel im Diabetes-Journal 4/2014 zustande, in dem ein Rechtsanwalt Obergrenzen bei der Verordnung von Blutzuckerteststreifen negiert. Auch wenn ein Orientierungsrahmen selbstverständlich Abweichungen nach unten und oben zulässt, ist er dennoch eine Messlatte für einen wirtschaftlichen Einsatz der Blutzuckerteststreifen.

Die KVB hatte letztmals im Oktober 2011 den Orientierungsrahmen an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst. Diesen Orientierungsrahmen sowie eine Patienteninformation hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A-Z/Buchstabe B*.

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

MRSA-Dekolonisierung: Verordnung von Arzneimitteln

Staphylokokken sind häufig vorkommende Bakterien, die regelmäßig auf der Haut gesunder Menschen zu finden sind, jedoch auch in den Körper eindringen und Infektionen verursachen können. Für gesunde Menschen ist eine Besiedelung mit MRSA zunächst ungefährlich. Wenn aber bestimmte Risikofaktoren vorliegen, wie beispielsweise eine chronische Wunde, kann es mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Verschlimmerung bestehender Krankheiten oder zu einer invasiven MRSA-Infektion kommen.

Leistungsumfang

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte zu prüfen, ob für die MRSA-Sanierungsbehandlung bei lediglich besiedelten, jedoch nicht infizierten MRSA-Trägern eine Erstattungsfähigkeit durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sinnvoll und notwendig ist. Der G-BA stellte bereits im November 2012 fest, dass für eine ambulante MRSA-Eradikationstherapie bei folgenden Patienten eine Leistungspflicht der GKV besteht: Personen mit positivem MRSA-Nachweis, die in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt wurden und zusätzlich zwei oder mehr der nachfolgenden Risikokriterien aufweisen:

- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunde oder tiefe Weichgewebeanfektion
- Dialysepflichtigkeit
- liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegestufe 1)

Medikamentöse Behandlung

Die MRSA-Eradikationstherapie erfolgt individuell angepasst und enthält meistens die Anwendung einer antibiotischen Nasensalbe (zum Beispiel Turixin[®], Bactroban[®]), die zulasten der GKV verordnungsfähig ist. Die Dauer der Behandlung liegt in der Regel zwischen fünf und sieben Tagen.

Auf der Grundlage des oben genannten Beschlusses des G-BA sind nunmehr Regelungen zu schaffen, nach denen zukünftig gemäß Anlage I (OTC-Liste) und/oder Anlage V (Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie die Verordnung von zur MRSA-Eradikationstherapie empfohlenen antiseptischen Rachenspüllösungen oder Waschlotionen ermöglicht wird. Dies betrifft auch die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, in die mit Inkrafttreten zum 1. Mai 2014 die Verordnungsfähigkeit von ambulanter Pflege zur MRSA-Eradikationstherapie neu aufgenommen wurde.

Weitere Informationen zu Genehmigung und Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Der G-BA hat beschlossen, die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie um die Nummer 2. *Mittel zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit* zu ergänzen. Der Beschluss trat am 13. Mai 2014 in Kraft. Ausführliche Informationen in Verordnung aktuell finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Off-Label-Use (Anlage VI)

Intravenöse Immunglobuline bei Polymyositis und bei Dermatomyositis: Der Beschluss in dieser Sache trat bereits im Juli 2013 in Kraft. Im Nachgang des Beschlusses stimmte ein weiterer pharmazeutischer Hersteller – die Firma Grifols Deutschland GmbH – dem bestimmungsgemäßen Gebrauch zu.

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. In letzter Zeit wurden Nutzenbewertungsverfahren für folgende Wirkstoffe durchgeführt:

Aflibercept (Eylea[®]): Eylea[®] war zunächst zur Behandlung der neovasculären (feuchten) altersbedingten Makuladegeneration bei Erwachsenen zugelassen. Der Zusatznutzen für diese Indikation im Vergleich zum VEGF-Inhibitor Ranibizumab (Lucentis[®]) konnte nicht belegt werden. Wir informierten im Juli 2013 darüber.

Metoclopramid (MCP)-haltige Tropfen

Für das neue Anwendungsgebiet „... bei Erwachsenen zur Behandlung einer Visusbeeinträchtigung aufgrund eines Makulaödems infolge eines retinalen Zentralvenenverschlusses (ZVV)“ wurde ein neuer Beschluss gefasst. Als zweckmäßige Vergleichstherapie für das neue Anwendungsgebiet wurde Dexamethason (Intravitreales Implantat) oder Ranibizumab festgelegt. Der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist nicht belegt.

Regorafenib (Stivarga®): Als zweckmäßige Vergleichstherapie wurde vom G-BA aufgrund fehlender Standard-Therapiealternativen Best Supportive Care festgelegt. Es liegt ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen vor.

Teriflunomid (Aubagio®): Die zweckmäßige Vergleichstherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS) ist β-Interferon (IFN-β) 1a oder IFN-β 1b oder Glatirameracetat unter Beachtung des jeweils zugelassenen Anwendungsgebiets. Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

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

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat mit Bescheid vom 15. April 2014 die betroffenen pharmazeutischen Unternehmen darüber informiert, dass der Widerruf folgender Zulassungen angeordnet wird:

- MCP-haltige Tropfen in einer Konzentration von mehr als 1 mg/ml zur oralen Anwendung
- MCP-haltige Arzneiformen zur rektalen Anwendung mit einer Dosierung von mindestens 20 mg
- parenterale Arzneiformen in einer Konzentration von mehr als 5 mg/ml

Die von diesem Widerruf betroffenen Konzentrationen der rektalen und parenteralen Arzneiform waren auch bisher auf dem deutschen Markt nicht verfügbar.

Hintergrund ist ein abgeschlossenes europäisches Risikobewertungsverfahren, das ursprünglich von der französischen Arzneimittelbehörde ANSM beantragt worden war, um die Sicherheit in Bezug auf bekannte neurologische und kardiovaskuläre unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere auch bei Kindern, neu zu bewerten.

Eine ausführliche Information finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Neue orale Antikoagulantien

Die neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) sind angetreten, Phenprocoumon beziehungsweise Warfarin als Standard der Antikoagulation in der Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern abzulösen. Dabei werden zum Teil auch drastische Mittel angewandt, um ein zwar in manchen Fällen schwieriges, aber durch und durch vertrautes, bekanntes und effektives Mittel aus dem Markt zu drängen.

Dies gelingt offenbar nicht mit der Geschwindigkeit, wie sich dies die Hersteller der NOAKs vorgestellt haben. Wie anders sonst sollte man die unentwegten Marketingstrategien und -bemühungen verstehen, die teilweise Stilblüten treiben, wenn die Mittel doch selbstredend so viel besser sind?

Aber gerade das ist der springende Punkt: Sind NOAKs wirklich besser und patientenfreundlicher als Marcumar®? Die KVB hat in sieben Thesen und Gegenthesen die Punkte zusammengefasst, die für die Anwendung in der Praxis wichtig sind. Sie finden sie in Verordnung Aktuell „Neue orale Antikoagulantien: Wenn die Wahrheit hinter den Versprechen zurückbleibt“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A-Z/A*.

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

Herstellung von Arzneimitteln

Die folgenden Informationen finden Sie auch in Verordnung Aktuell unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen*.

Herstellungserlaubnis

Eine Herstellungserlaubnis (Paragraf 13 Absatz 2b Arzneimittelgesetz (AMG)) ist für Sie als Vertragsarzt nicht notwendig, soweit Sie Arzneimittel unter Ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten herstellen.

Eine Erlaubnis (Paragraf 13 Absatz 2b AMG) ist hingegen zwingend auch für Sie als Vertragsarzt notwendig, wenn Sie

- Arzneimittel für neuartige Therapien und xenogene Arzneimittel sowie
- Arzneimittel, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind, soweit es sich nicht nur um eine Rekonstitution handelt, herstellen.

Anzeigepflicht

Eine Anzeigepflicht besteht für Sie als Vertragsarzt, wenn Sie Arzneimittel unter Ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten herstellen. Diese Anzeige gegenüber der zuständigen Behörde muss die Bezeichnung und Zusammensetzung des Arzneimittels enthalten. Können Sie die genaue Zusammensetzung – wie beispielsweise bei individuellen Allergietests – nicht angeben, beschreiben Sie möglichst genau ihre Herstellung zum Beispiel durch Nennung von Arzneimittel- oder Produktgruppen. Im Falle einer erlaubnisfreien Her-

stellung von Arzneimitteln reichen Sie Ihre formlose Anzeige bei der jeweils örtlich zuständigen Regierung mit folgenden Angaben ein:

- Betriebsstätte inklusive Adresse, Erreichbarkeit mit Telefon und/oder Fax und/oder E-Mail
- Name des Verantwortlichen (Hersteller/Anwender)
- Auflistung des Arztes/der Ärzte, unter dessen/deren Verantwortung die Arzneimittel hergestellt und verabreicht werden, mit einer beglaubigten Kopie der Approbation
- Auflistung, welches zusätzliche Personal an der Herstellung beteiligt ist

Herstellen ist das Gewinnen, Anfertigen, Zubereiten, Be- oder Verarbeiten, Umfüllen einschließlich Abfüllen, Abpacken, Kennzeichnen und die Freigabe (Paragraf 4 Absatz 14 AMG).

Konkrete Beispiele aus der Praxis, die eine Herstellung begründen:

- Verdünnung eines Konzentrats mit einem nicht beigepackten Lösungsmittel
- Auflösen einer Trockensubstanz mit einem nicht beigepackten Lösungsmittel
- Blut- und Blutprodukte sowie Anreicherung von Eigenblut
- Gewebe oder Gewebezubereitungen
- Herstellung von Therapieallergenen
- Dermatika wie zum Beispiel epikutane Testzubereitungen
- Mischinjektionen und -infusionen
- Prick-Test, Nasenlavage
- Plättchenreiches Plasma
- Organtherapeutika
- Radioaktive Arzneimittel

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 abgln 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:

- 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:

- 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:

- 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:

- 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

Abrechnungsworkshop HNO

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärzte und Kinderärzte

Studium/Ausbildung – was dann? Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Alles rund ums Arbeitsrecht

Datenschutz in der Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operative tätige Fachärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Teamfortbildung DMP

Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Lokale Moderatorentreffen

QM-Dokumente – digital erstellen, pflegen und archivieren

Lokale Moderatorentreffen

QEP®-Einführungssseminar speziell für Psychotherapeuten

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Juni 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		3. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		9. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer	kostenfrei	27. Juni 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Juli 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	2. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	2. Juli 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Juli 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	5. Juli 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
		12. Juli 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		17. Juli 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	9. Juli 2014	14.30 bis 18.15 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	12. Juli 2014	10.00 bis 15.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	15. Juli 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	85,- Euro	16. Juli 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	19. Juli 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte, die einen Qualitätszirkel gründen oder übernehmen wollen	110,- Euro	28. Juni 2014	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Psychotherapeutische QZ-Moderatoren	kostenfrei	4. Juli 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	9. Juli 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	9. Juli 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	11. Juli 2014	15.00 bis 20.30 Uhr	München
		12. Juli 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	

KVBIINFOS

07 | 14
08

ABRECHNUNG

- 82 Die nächsten Zahlungstermine
- 82 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014
- 83 Berechnungsfähigkeit Mammastanzbiopsie
- 84 Mammographie-Screening: Anhebung der Punktzahlen
- 84 Mutterschaftsvorsorge in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch
- 86 Informationen zum HVM ab 1. Januar 2014 sowie ab 1. Juli 2014

VERORDNUNGEN

- 87 Grippeimpfstoffe über Sprechstundenbedarf
- 87 FAQ zu Praxisbesonderheiten und Heilmittelbedarf
- 88 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 88 Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- 89 Pentalong 80 mg außer Vertrieb
- 89 Cyclopentolat-Augentropfen-0,5%

SEMINARE

- 90 Fehler erkennen – daraus lernen
- 90 Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen
- 91 „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 92 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 94 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

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

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2014 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Juli 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 Richtigstellungsmittelteilung 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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Berechnungsfähigkeit Mammastanzbiopsie

Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung, dass nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) jeweils nur einmal je Seite, das heißt maximal zweimal je Sitzung berechnungsfähig sind:

- GOP 01755: Stanzbiopsie(n) der Mamma unter Röntgenkontrolle
- GOP 01759: Zuschlag für die Vakuumbiopsie(n) der Mamma
- GOP 08320: Stanzbiopsie(n) der Mamma unter Ultraschallsicht

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

Mammographie-Screening: Anhebung der Punktzahlen

Mutterschaftsvorsorge in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch

Die Vergütung für die Gebührenordnungspositionen des Mammographie-Screenings 01750 bis 01759 wird aufgeteilt in einen Vergütungsanteil für die ärztliche Leistung und einen Vergütungsanteil zur Finanzierung der Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Screening-Programms (sogenannter „organisatorischer Overhead“).

Zum 1. Januar 2014 wurde der Anteil für den organisatorischen Overhead auf 1,25 Prozent abgesenkt und die Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen entsprechend gesenkt. Diese Absenkung war bis zum 30. Juni 2014 befristet, sodass ab dem 1. Juli 2014 die Punktzahlen wieder auf den Stand vor dem 1. Januar 2014 angehoben werden. An dem Anteil der ärztlichen Vergütung für die Leistungen des Mammographie-Screenings ändert sich hierdurch nichts.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 317. Sitzung mit den Änderungen im Detail finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse.

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

Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01770 EBM umfasst die Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien). Die GOP kann in der Regel nur einmal im Behandlungsfall von dem Arzt abgerechnet werden, der nach Feststellung der Schwangerschaft auch tatsächlich die Betreuung der Schwangeren über das gesamte Quartal hinweg übernimmt. Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen, wenn die Schwangere die tatsächliche Betreuung durch den Arzt im Quartal wechselt (bei Wohnortwechsel, aus persönlichen Gründen, ohne den nachbehandelnden Arzt über die bisherige Betreuung in Kenntnis zu setzen beziehungsweise ohne dass der Arzt Kenntnis über die Vorbehandlung haben konnte, zum Beispiel aufgrund der Überweisung vom vorbehandelnden Arzt oder den Mutterpass). Eine Betreuung besteht auch dann, wenn die Schwangere erst am Quartalsende erstmalig aufgrund der Schwangerschaft den Arzt aufsucht.

Krankenkassen prüfen

Einige Krankenkassen prüfen derzeit Abrechnungskonstellationen, bei denen im selben Behandlungsfall oder quartalsübergreifend im engen zeitlichen Zusammenhang Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge aus Kapitel 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) und Leistungen im Zusammenhang mit der Vorbereitung, Durchführung oder Nachbetreuung eines Schwangerschaftsabbruchs aus Kapitel 1.7.7 abgerechnet werden. Hierbei kommt es vermehrt zu Anträgen auf sachlich-rechnerische Berichtigungen, insbesondere zur

GOP 01770, wenn diese im Zusammenhang mit Leistungen nach den GOP 01900 ff. steht.

Der EBM selbst enthält keine expliziten Abrechnungsausschlüsse zwischen der GOP 01770 und Leistungen nach den GOP 01900 ff., da nicht in jedem Fall zwingend die Abrechnung von Leistungen aus Kapitel 1.7.4 und 1.7.7 ausgeschlossen ist. Ein Abrechnungsausschluss kann sich aber dennoch ergeben, wenn der Leistungsinhalt nicht beziehungsweise nicht vollständig und/oder die Anforderungen an die „Betreuung“ einer Schwangerschaft nicht erfüllt sind. Dabei setzt eine „Betreuung“ immer eine gewisse Dauer und Kontinuität voraus. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 15. August 2012 sind Mutterschaftsvorsorgeleistungen zumindest dann nicht berechnungsfähig, wenn ein Arzt nur zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs aufgesucht wird, die Patientin ansonsten weder generell frauenärztlich noch im Hinblick auf die bereits begonnene Schwangerschaft behandelt oder beraten wird.

Um diesen komplexen Sachverhalt einzelfallbezogen und dennoch nach einheitlichen Grundsätzen zu beurteilen, hat sich die KVB mit dem Berufsverband der Frauenärzte, Landesverband Bayern, abgestimmt.

Abrechnungsvoraussetzungen

Demnach sind mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte erforderlich, bevor mit den Leistungen, die in Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch stehen, begonnen werden kann. Im ersten Kontakt erfolgen meistens die Feststellung der Schwangerschaft, die Entnahme der Laborwerte und die Ausstellung

des Mutterpasses. Erst beim zweiten Kontakt kann in der Regel festgestellt werden, ob eine intakte Schwangerschaft mit einer normalen Entwicklung vorliegt, was auch für den Termin zur Schwangerschaftskonfliktberatung (Erstellung des Beratungsscheins) notwendig ist. Erst danach kann beim dritten Arzt-Patienten-Kontakt die Vorbereitung für einen Abbruch beginnen, ohne dass dies der Schwangerschaftsbetreuungspauschale entgegensteht. Die Vorbereitung für einen Abbruch beinhaltet neben der Beratung wegen einer geplanten Abruption (GOP 01900) unter anderem auch die Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs eines Schwangerschaftsabbruchs (GOP 01901) sowie die Feststellung des Schwangerschaftsalters (GOP 01902).

Kommt die Schwangere bereits mit dem Wunsch zur Vornahme eines Abbruchs in die Praxis beziehungsweise äußert sie sich diesbezüglich im ersten Termin, in dem die Schwangerschaft festgestellt wurde, liegt keine Betreuung einer Schwangerschaft vor. Ebenso ist eine taggleiche Abrechnung der GOP 01770 neben Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch ausgeschlossen. Das betrifft gleichermaßen auch die Vorbereitungs- und Nachbetreuungslleistungen.

Sucht die Schwangere den Gynäkologen lediglich einmal zur Feststellung der Gravidität auf und kommt erst nach der Durchführung des Abbruchs zur Nachsorge (GOP 01912) wieder in die Praxis, ist die Abrechnung von Leistungen des Kapitels 1.7.4 ebenfalls ausgeschlossen. Durchgeführte sonografische Untersuchungen sind dann gegebenenfalls mittels Leistungen aus Kapitel 33 abzurechnen. Bitte beachten

Sie, dass die Kontrolluntersuchung nach Abruption (GOP 01912) aufgrund der Leistungsbeschreibung nur im Zeitraum zwischen sieben und 14 Tagen nach der Abruption erfolgen darf. Daher ist die Abrechnung der GOP 01770 bis zu sieben Tage im Vorfeld der Abrechnung der 01912 ebenfalls ausgeschlossen. Schließlich ist die Betreuungsleistung nicht mehr abrechenbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch bereits durchgeführt wurde.

Bestand die Schwangerschaft schon im Vorquartal und wurde dort der Leistungsinhalt der GOP 01770 vollständig erbracht, ist im Folgequartal die Schwangerschaftsbetreuungspauschale nicht automatisch berechnungsfähig. In jedem Quartal stellt sich die Frage, ob eine „Betreuung“ vorliegt, von Neuem. Äußert die Schwangere daher auch hier beim ersten Kontakt im Quartal bereits den Abbruchwunsch, ist die Schwangerschaft bereits auf ihre vorzeitige Beendigung ausgerichtet und eine Betreuung in diesem Quartal liegt nicht mehr vor.

Eine wesentliche Ausnahme bildet hierbei ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation (Fehlbildungen des Fötus, Eileiterschwangerschaft) und bei Abort (Fehlgeburt). Insofern ist es wichtig, dass Sie entsprechende Diagnosen im Diagnosefeld Ihres Abrechnungsscheins ICD-verschlüsselt sorgfältig dokumentieren.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Ute-Katharina Dederich unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 - 4 70
E-Mail UteKatharina.Dederich@kvb.de

Informationen zum HVM ab 1. Januar 2014 sowie ab 1. Juli 2014

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 4. Juni 2014 für den aktuellen HVM 2014 an wenigen Stellen Anpassungen beschlossen. Die Änderungen betreffen in erster Linie Fachärzte, für die die Obergrenze aus RLV und QZV gilt.

RLV/QZV-Fallwert-Erhöhungen

Der HVM 2014 sieht die Möglichkeit vor, die Obergrenze auf Antrag anzupassen, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt wird. Die RLV- und QZV-Fallwerte können dabei angepasst werden, wenn vier Einstiegskriterien erfüllt sind:

- Im Vergleich zur Fachgruppe überdurchschnittliche Überschreitung der Obergrenze
- Überschreitung des Obergrenzenfallwerts der Fachgruppe von wenigstens 30 Prozent
- Überschreitung der RLV- beziehungsweise QZV-Fallwerte von wenigstens 20 Prozent
- Mindestens ein Anteil von 20 Prozent der beantragten Spezialisierung am Gesamtleistungsbedarf

Zwei dieser Einstiegskriterien werden nun ab Quartal 1/2014 etwas erleichtert:

- Anstelle der bisher erforderlichen Überschreitung des Obergrenzenfallwerts der Fachgruppe von wenigstens 30 Prozent genügt ab 1/2014 eine Überschreitung von **20 Prozent**.
- Anstelle der Überschreitung der RLV-/QZV-Fallwerte von 20 Prozent genügen ab 1/2014 jeweils **15 Prozent**.

Die übrigen Kriterien bleiben unverändert. Erst nach der Erfüllung der Einstiegskriterien werden die Anträge im Einzelfall einer vertieften Prüfung unterzogen.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.14/Anträge Obergrenze*.

Ausgleichsregelung 1/2014 bis 4/2014

Die KVB-Vertreterversammlung hat am 4. Juni 2014 eine Ausgleichsregelung 2014 als Nachfolgeregelung für die Preisausgleichsregelung 2013 beschlossen.

Hier die wichtigsten Eckpunkte:

- Eine Ausgleichszahlung kann erfolgen, wenn der Auszahlungspreis um mindestens **15 Prozent** niedriger ist als im korrespondierenden Quartal des Jahres 2012.
- Die Ausgleichsregelung erfolgt nur **auf Antrag**.
- Eine Ausgleichszahlung ist jedoch ausgeschlossen, wenn im Vergleich zum korrespondierenden Quartal des Jahres 2012 eine **Honorarsteigerung** vorliegt.

Ein formloser, schriftlicher Antrag auf Ausgleichszahlung ist dabei für jedes Quartal gesondert zu stellen (KVB, Honoraranträge, Eisenheimerstraße 39, 80687 München), frühestens mit der Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals, auf das sich der Antrag bezieht. Er muss spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheids (also innerhalb der Widerspruchsfrist) gestellt werden.

Änderungen bei Gastroenterologen und fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt: Neue freie Leistung im Fachgruppentopf

- Ab Quartal 3/2014 wird die praxisklinische Betreuung (GOP

01510-01512) in **onkologischen Fällen** (wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird) außerhalb der Obergrenze als freie Leistung vergütet.

- Außerhalb von onkologischen Behandlungsfällen erfolgt die Abrechnung wie bisher: Die GOP 01510 bis 01512 fällt bei fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt ins QZV. Bei Gastroenterologen fallen die GOP 01510 und 01511 ins QZV, die GOP 01512 ist eine RLV-Leistung.
- Die kalkulatorischen RLV-/QZV-Fallwerte bleiben dabei unverändert.

Weitere Informationen

- Die kalkulatorischen Fallwerte 2014 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.2014/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*. Dort finden Sie nach erfolgter Abrechnung auch die je Quartal ermittelten Quoten und Auszahlungsfallwerte.
- Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.01.2014*. Dort finden Sie ab Ende Juni auch eine aktualisierte Online-Fassung der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ ab 1. Januar 2014 (mit Stand 1. Juli 2014).
- Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern*.

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

Grippeimpfstoffe über Sprechstundenbedarf

Für die Grippe-Impfsaison 2014/2015 haben die Krankenkassen in Bayern den Impfstoff erneut nach Paragraph 132e SGB V ausgeschrieben. Die Zuschläge gingen an die Firmen Sanofi Pasteur MSD und Abbott GmbH, die für diese Saison besonders wirtschaftliche Preise eingeräumt haben.

Für die Ärzte in den Regionen **Oberfranken, Unterfranken, Oberpfalz und Niederbayern** wurde der Impfstoff **Xanaflu ohne Kanüle** der Firma Abbott vertraglich gebunden.

Für die Ärzte in den Regionen **Mittelfranken, Schwaben, Oberbayern und München** wurde der Impfstoff **Vaxigrip ohne Kanüle** der Firma Sanofi Pasteur MSD vertraglich gebunden.

Für die regionale Zuordnung ist jeweils der Praxissitz entsprechend der **Betriebsstättennummer** maßgeblich.

Folgende Maßnahmen sollen Lieferengpässe zuverlässig verhindern:

- Zwei Hersteller nehmen an der Versorgung teil.
- Die erwartete Bedarfsmenge an Impfstoffen ist vertraglich für Bayern gebunden.
- Beide Hersteller haben sich verpflichtet, spätestens bis zum 15. September 2014 die Hälfte des erwarteten Saisonbedarfs auszuliefern und während der gesamten weiteren Impfsaison dauerhaft lieferfähig zu sein.
- Die Krankenkassen überwachen engmaschig die Lieferfähigkeit und Auslieferung der Vertragsimpfstoffe, um bei Problemen kurzfristig gegenzusteuern. Aktuell verläuft die Produktion bei der Impfstoffe planmäßig.

Die Krankenkassen in Bayern bitten die bayerischen Vertragsärzte, bis

spätestens Ende Juli **30 bis 50 Prozent des erwarteten Saisonbedarfs** bei einer Apotheke ihrer Wahl zunächst formlos vorzubestellen. Nach Freigabe durch das Paul-Ehrlich-Institut, spätestens jedoch bis zum 15. September 2014, wird diese Erstbevorratung ausgeliefert. Der zusätzliche Bedarf kann nach Saisonbeginn in weiteren Teilmengen verordnet werden. Es sollen grundsätzlich Zehner-Packungen verordnet werden, einzelne Restdosen am Ende der Impfsaison werden von den Kassen nicht beanstandet.

Aus rechtlicher Sicht sind die oben genannten Vertragsimpfstoffe die Standardimpfstoffe in der jeweiligen Region. Durch die vertraglichen Rabatte sind die Kosten erheblich niedriger als diejenigen aller anderen Grippeimpfstoffe. **Die Verordnung des jeweiligen Vertragsimpfstoffes ist somit die wirtschaftlichste Ordnungsvariante.** Andere Grippeimpfstoffe dürfen nur in Ausnahmefällen bei **medizinischer Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots** auf den Namen des Patienten verordnet 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

FAQ zu Praxisbesonderheiten und Heilmittelbedarf

Zu einer Optimierung der Heilmittelversorgung und deutlich weniger Regressdruck sollen die Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln führen, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geeinigt haben. Seit dem 1. Januar 2013 gelten erstmals bundesweit Praxisbesonderheiten, die im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorab anerkannt werden. In unseren FAQ geben wir Antworten auf Ihre Fragen. Die ständig aktualisierten FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Heilmittel*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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.

Dabrafenib (Tafinlar®): Dabrafenib ist angezeigt zur Monotherapie von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600-Mutation-positivem nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom.

Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist Vemurafenib. Zunächst wurde vom G-BA als zweckmäßige Vergleichstherapie Dacarbazin, ein zytostatisch wirksames Chemotherapeutikum, benannt. Für Vemurafenib, einen weiteren in der Indikation zugelassenen neuen Wirkstoff aus der gleichen Wirkstoffgruppe, wurde am 6. September 2012 ein auf ein Jahr befristeter Beschluss über einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Dacarbazin gefasst. Die erneute Bewertung von Vemurafenib nach Fristablauf am 6. März 2014 ergab die Bestätigung des Hinweises auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. Dies ist als ein Wandel des Therapiestandards zu bewerten und rechtfertigt aus Sicht des G-BA den Wechsel zu Vemurafenib als Vergleichstherapie.

Für Patienten mit BRAF-V600-Mutation-positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom ist ein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie nicht belegt.

Hintergrundinformationen lesen Sie im ausführlichen Verordnung Aktuell 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

Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Bereits mit dem Abschluss des Koalitionsvertrags im November 2013 war absehbar, dass die jetzige Bundesregierung die Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V für Arzneimittel, die bereits vor dem 1. Januar 2011 in Verkehr waren (Bestandsmarkt-arzneimittel), beenden möchte. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellte alle entsprechenden Nutzenbewertungsverfahren, die bereits im Dezember 2013 vorläufig ausgesetzt wurden, im April 2014 endgültig ein. Nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen müssen pharmazeutische Unternehmen damit keine Nutzendossiers mehr für Bestandsmarkt-bewertungen vorlegen.

Nicht betroffen von dieser Neuregelung sind alle vor dem 1. Januar 2014 getroffenen Beschlüsse. Konkret betrifft dies die Beschlüsse zu den „Bestandsmarktgliptinen“ vom 1. Oktober 2013. Diese haben weiterhin Bestand. Eingestellt wird jedoch die Bewertung von Saxagliptin (Onglyza®) im neuen Anwendungsgebiet „Monotherapie, wenn Metformin nicht geeignet ist“. Im Gegensatz zu den anderen „Bestandsmarktgliptinen“ Sitagliptin und Vildagliptin hat Saxagliptin die entsprechende Zulassungserweiterung erst im Sommer 2013 erhalten. Saxagliptin wird damit anders als Sitagliptin und Vildagliptin nicht in allen zugelassenen Anwendungsgebieten bewertet sein.

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

Pentalong 80 mg außer Vertrieb

Die fiktive Zulassung von Pentalong 80 mg ist am 20. Mai 2014 erloschen.

Nachdem die Anstrengungen um Nachzulassung der Firma Actavis im Jahr 2005 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) negativ beschieden wurden, legte Actavis Klage gegen den Bescheid ein und Pentalong® 80 mg blieb weiterhin verkehrsfähig. Mit der sogenannten Cleopatra-Studie wollte Actavis die Auflagen des BfArM für die 80-mg-Dosierung erfüllen, sie wurde im August 2012 vorgelegt. Doch auch sie scheint nicht überzeugt zu haben. Die 50-mg-Dosierung ist dagegen weiterhin fiktiv zugelassen und verkehrsfähig.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Deshalb gehen die Krankenkassen vermehrt dazu über, Rückforderungsanträge für diese Arzneimittel zu stellen. Bitte achten Sie bei Ihren Verordnungen darauf, ob darunter fiktiv zugelassene Arzneimittel sind, und verzichten Sie gegebenenfalls auf diese Verordnungen, bis eine rechtskräftige Zulassung des Medikaments erfolgt.

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* finden Sie unsere aktuelle Aufstellung fiktiv zugelassener Arzneimittel.

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

Cyclopentolat-Augen- tropfen-0,5%

Die Herstellerfirma Alcon hat den Vertrieb von Cyclopentolat-Augentropfen-0,5% eingestellt. Aufgrund fehlender Alternativpräparate, unter anderem für Kinder zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr, kommt daher derzeit nur eine Rezeptur dieser Augentropfen infrage.

Mit der AOK Bayern konnten wir den Bezug der Cyclopentolat-Augentropfen-0,5%-Rezeptur über den Sprechstundenbedarf unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots vereinbaren. Bitte klären Sie die rezepturmäßige Herstellung mit Ihrer Apotheke.

Cyclopentolat-Augentropfen-1% sind weiterhin im Handel.

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

Fehler erkennen – daraus lernen

Die Themen Patientensicherheit und Risikomanagement sind in den letzten Jahren zunehmend in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Aktuell wird dies durch die Neuauflage (2014) der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses bestätigt, die erstmals explizit Mindeststandards für das Risikomanagement fordert.

Es fällt allerdings auf, dass der bisherige Umgang mit Fehlern im Praxisalltag nicht grundsätzlich den optimalen Lösungsweg aufzeigt. Im Gesundheitswesen ist die traditionelle, personenbezogene Perspektive nach wie vor verbreitet. Nicht selten werden Ärzte und medizinische Fachangestellte persönlich beschuldigt, wenn Fehler unterlaufen. Die Folge ist meist eine Maßregelung oder der Hinweis, zukünftig besser aufpassen zu müssen. Fortbildungen, Seminare oder Schulungen werden in diesen Fällen nicht als Verbesserungsmöglichkeit erkannt. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass die Fehlleistungen einzelner Personen häufig durch Sicherheitslücken im Praxissystem (mit-)verursacht werden und dadurch die Fehler erneut auftreten können.

Es ist deshalb wichtig, eine starke und konstruktive Fehlerkultur in der Praxis zu etablieren. Dies bedeutet in erster Linie die Entwicklung eines Risikobewusstseins durch das gesamte Praxisteam sowie eine offene Kommunikation in einer vorwurfsfreien Atmosphäre zum selbstverständlichen Lernen aus Fehlern.

Nur eine starke und gelebte Fehlerkultur kann die Patientensicherheit in der Praxis erhöhen. Dabei variiert die individuelle Risikostruktur von Praxis zu Praxis: Je komplexer und

invasiver das Behandlungsfeld ist, desto höher ist beispielsweise das Risiko der Arzthaftung.

Die Bayerische Landesärztekammer bietet in Kooperation mit der KVB ein Seminar zur Patientensicherheit an:

„Fehler erkennen – daraus lernen“

- Freitag, den 25. Juli 2014, in München.

Inhalte:

- Patientensicherheit/Risikomanagement
- kompakte Beispiele aus der Praxis
- „Handwerkszeug“ zum Umgang mit Fehlern und deren Vermeidung

Das Seminar ist kostenfrei, Fortbildungspunkte sind beantragt. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Online anmelden können Sie sich direkt über www.blaek.de/online/fortbildungskalender.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Anke Weber unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 22
E-Mail Anke.Weber@kvb.de

Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen

„Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen – Kognitive Verhaltenstherapie“

- Samstag, den 12. Juli 2014, 10.00 bis 15:30 Uhr, KVB Würzburg
- Referenten: Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Meinolf Peters

Psychotherapie mit Älteren ist eine relativ neue Begriffsprägung. Die Annahme, Psychotherapie mit Älteren „lohne sich nicht“ beziehungsweise scheitere an mangelnden Veränderungsmöglichkeiten im Alter, hat viele Jahrzehnte zu einem psychotherapeutischen Nihilismus beigetragen, der sich bis heute widerspiegelt. Für eine Reihe von Störungsbildern wie Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Störungen, komplizierte Trauer, Schlafstörungen liegen inzwischen Behandlungsverfahren vor, die auf die speziellen Bedingungen bei älteren Menschen ausgerichtet sind. Alle Untersuchungen belegen, dass über 60-Jährige in deutlich geringem Umfang und über 70-Jährige praktisch gar nicht mehr ambulant psychotherapeutisch behandelt werden. Aufgrund des demografischen Wandels stellt sich die Aufgabe, vermehrt ältere Menschen mit psychischen Störungen behandeln zu müssen. Psychotherapeutische Leistungen werden im ambulanten wie auch im stationären Setting vermehrt nachgefragt. Mit unserer Veranstaltung wollen wir auf den wachsenden Bedarf hinweisen und die Chancen zur psychotherapeutischen Versorgung Älterer unterstreichen.

Von der Bayerischen Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bay-

„Notfalltraining für das Praxisteam“

ern) wurde die Veranstaltung mit **sechs Fortbildungspunkten** bewertet und richtet sich sowohl an ärztliche als auch an Psychologische Psychotherapeuten. Weitere Informationen und die Anmeldung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Michaela Hofmann unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 44 40
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 44 40
 E-Mail Michaela.Hofmann@kvb.de

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:

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 abg. n. 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 Kleinstgruppen
- 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:

- 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:

- 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:

- 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?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.45 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

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Fortbildung Impfen

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Gründer-/Abgeberforum

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Hautkrebsscreening

Teamfortbildung DMP

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

QM-/QZ-Seminare

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Juli 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	85.- Euro	16. Juli 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
		17. September 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	München
		20. September 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	19. Juli 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juli 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160.- Euro	26. Juli 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. September 2014	9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95.- Euro	30. Juli 2014	14.30 bis 18.15 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. September 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. September 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		18. September 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		23. September 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		23. September 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. September 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
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	München
		24. September 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	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
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	15. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	München

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

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 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 Arzneimittelverordnungsoftware 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

KVBIINFOS 10|14

ABRECHNUNG

- 122 Die nächsten Zahlungstermine
- 122 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2014
- 123 Keine Klammerung bei Honoraranträgen und Widersprüchen
- 124 Honoraranträge: Fax oder Postversand?
- 124 Hyposensibilisierungsbehandlung: GOP 30131 neben 30130

VERORDNUNGEN

- 125 Aut-idem-Regelung: Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten
- 126 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

QUALITÄT

- 127 DMP-Feedbackberichte für erstes Halbjahr 2014

ALLGEMEINES

- 127 Wegweiser Psychotherapie aktualisiert
- 128 Ab 1. Januar gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte
- 129 Behandlung von Asylbewerbern

SEMINARE

- 130 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

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 dritte 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 *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 Richtigstellungsmittelteilung 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 *Service/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

Keine Klammerung bei Honoraranträgen

das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de unter *Service/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 *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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

Bitte beachten Sie auch unsere gesonderten Informationen zu emDoc und zur „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *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

Bitte benutzen Sie bei mehrseitigen Honoraranträgen und Widersprüchen zu Ihrer Honorarabrechnung keine Heftklammern. Getackerte Schreiben führen bei uns zu einer Verzögerung im Arbeitsablauf des Posteingangs.

Hintergrund:

Im Zuge der elektronischen Verarbeitung werden sämtliche Schreiben eingescannt. Hierfür sind im Vorfeld Heftklammern zu entfernen, um Scannerfehler zu vermeiden. Diese Verzögerungen können durch Ihre Mithilfe vermieden werden.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

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

Honoraranträge:**Fax oder Postversand?**

Vielfach werden Honoraranträge und Widersprüche zur Honorarabrechnung an uns vorab per Fax übermittelt und entweder taggleich oder wenige Tage später per Post nochmals an uns geschickt.

Diese Mehrfachübermittlung gleicher Schreiben ist grundsätzlich nur sinnvoll bei drohender Fristversumnis.

Bitte überlegen Sie vor der Übermittlung, ob der doppelte Versand im jeweiligen Fall erforderlich ist. Der doppelte Eingang bedeutet für uns durch die zweimalige Inhaltsprüfung und Erfassung einen erhöhten Arbeitsaufwand.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

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

Hyposensibilisierungsbehandlung:**GOP 30131 neben 30130**

Bitte beachten Sie bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 30131 EBM und GOP 30130 EBM Folgendes:

Nach den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) können Sie die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30130 und 30131 EBM bei einer Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en) mit anschließender Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer abrechnen, wenn Sie die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation erfüllen.

Die GOP 30131 EBM vergütet den Zuschlag zur GOP 30130 EBM für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en):

- **zu unterschiedlichen Zeiten** am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie),
- **mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts** (Uhrzeit),
- **bis zu viermal** am Behandlungstag (somit können Sie je Behandlungstag maximal fünf Injektionen im Rahmen der Hyposensibilisierungsbehandlung abrechnen),
- jeweils mindestens **30-minütiges Nachbeobachtungsintervall**.

Die Leistung nach GOP 30130 EBM ist bei der Nebeneinanderabrechnung der GOPen 30131 und 30130 EBM nur dann vollständig erbracht, wenn Sie den **jeweiligen Injektionszeitpunkt (Uhrzeit)** bei der

GOP 30130 EBM angeben. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer Honorarabrechnung.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Tobias Mierzwa
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 59
 E-Mail Tobias.Mierzwa@kvb.de

Aut-idem-Regelung: Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten

Apotheken sind zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Substitution des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen wurde. Das abzugebende, wirkstoffgleiche Präparat muss in Wirkstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Arzneimittel identisch und für mindestens ein gleiches Krankheitsbild/eine gleiche Indikation zugelassen sein sowie die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform haben.

Um dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerecht zu werden, sollten Sie die Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels ermöglichen und nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen eine Substitution ausschließen (sprich: ein Aut-idem-Kreuz setzen).

- Die Apotheke hat vorrangig ein Fertigarzneimittel abzugeben, für das ein Rabattvertrag besteht.
- Ist kein rabattiertes Arzneimittel verfügbar, gibt die Apotheke eines der drei preisgünstigsten oder das von Ihnen namentlich verordnete oder ein importiertes Arzneimittel ab (bei Wirkstoffverordnung eines der drei preisgünstigsten).
- Ist das verordnete Arzneimittel eines der drei preisgünstigsten, darf das ersetzende Arzneimittel nicht teurer sein, als das namentlich verordnete.

die Apotheke vor der Abgabe mit Ihnen Rücksprache zu halten.

- Die Apotheke dokumentiert auf dem Rezept das mit Ihnen abgesprochene Präparat und macht zusätzlich einen Vermerk zur Lieferunfähigkeit.
- **Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden, jedoch muss das tatsächlich abgegebene Präparat dann von Ihnen auf dem Originalrezept gekennzeichnet 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

Vorgehen bei Lieferschwierigkeiten

Kommt es zu Lieferschwierigkeiten bei dem verordneten und den drei preisgünstigsten Präparaten, hat

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Hier finden Sie eine Übersicht einzelner Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aufgeteilt in die betroffenen Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL).

Off-Label-Use (Anlage V)

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

- Atovaquon + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis
- Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe von Pneumocystis-Pneumonien
- Cotrimoxazol (Trimethoprim/Sulfamethoxazol) zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis
- Dapson + Pyrimethamin zur Prophylaxe der Toxoplasmose-Enzephalitis

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 G-BA belegen.

Macitentan (Opsumit®)

Da es sich dabei um ein „Orphan Drug“ handelt, wurde keine zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt und die Nutzenbewertung vom G-BA selbst vorgenommen. Für „Orphan Drugs“ – Arzneimittel, die zur Behandlung eines seltenen Leidens zugelassen sind – gilt der medizinische Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt und der nochmalige Nachweis des Zusatznutzens im Dossier entfällt. Das

Ausmaß des Zusatznutzens wurde als gering eingestuft.

Sofosbuvir (Sovaldi®)

- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin + Proteaseinhibitor (Boceprevir oder Telaprevir) bei therapie-naiven Patienten ohne Zirrhose mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapie-naiven Patienten mit Zirrhose mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin + Proteaseinhibitor (Boceprevir oder Telaprevir) therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapie-naiven Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 2): **Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 2): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**
- In Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapie-naiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**

rus (cHCV)-Infektion (Genotyp 3): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**

- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapie-naiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 3): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei therapie-naiven und therapieerfahrenen Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 4, 5 und 6): **Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.**
- In Kombination mit Peginterferon alfa + Ribavirin beziehungsweise Kombination mit Ribavirin gegenüber Peginterferon alfa + Ribavirin bei Patienten mit einer HIV-Koinfektion (therapie-naiv, therapieerfahren) mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV)-Infektion (Genotyp 1-6): **Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.**

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

DMP-Feedbackberichte für erstes Halbjahr 2014

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2014 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Damit erhalten alle koordinierenden Ärzte eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele.

Mit Hilfe von SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20141“ für das erste Halbjahr 2014).

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

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

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55

E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Wegweiser Psychotherapie aktualisiert

Im Juli 2014 wurde der „Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen“ neu aufgelegt. Er bietet seit nunmehr sieben Jahren Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regelmäßig eine aktualisierte Orientierung für ihre berufliche Tätigkeit und wird über die Landesgrenzen hinaus genutzt. In der Neuauflage wurden insbesondere die Hinweise zu den einschlägigen Richtlinien und Vereinbarungen, zu den aktuell benötigten Vordrucken und Abrechnungsbestimmungen sowie zu Gruppentherapien/Gruppengrößen dem aktuellen Stand angepasst. Auch das Thema „Raucherentwöhnung als Methode in der vertragsärztlichen Versorgung“ wurde in den Wegweiser mit aufgenommen. Ein eigener Abschnitt zu den Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Versorgung von Angehörigen der Bundeswehr und bei der Abrechnung im Rahmen der Besonderen Kostenträger sorgt in der Neuauflage für mehr Klarheit und Transparenz.

Die Online-Version des aktualisierten Wegweisers Psychotherapie finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Psychotherapeutische Leistungen*.

Bei Fragen erreichen Sie unser Expertin Karin Bruckmüller unter

Telefon 09 11 / 9 46 67

E-Mail Karin.Bruckmüller@kvb.de

Ab 1. Januar gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte

Die alte Krankenversichertenkarte (KVK) wird endgültig abgelöst: Ab 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Gesetzlich krankenversicherte Patienten können dann nur noch mit der eGK den Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen. Auf diese Regelung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geeinigt. Ursprünglich sollte die Übergangsfrist für die alte Chipkarte bereits Ende September 2014 auslaufen. Die KBV konnte gegenüber den Krankenkassen jedoch durchsetzen, dass die KVK noch ein Quartal länger verwendet werden kann. So haben Ärzte und Psychotherapeuten die Sicherheit, dass sie auch noch im vierten Quartal 2014 über die alte Karte abrechnen können.

Neu ab 1. Januar 2015: die KVK wird ungültig

Wichtig für Sie als Arzt oder Psychotherapeut: Die alte Chipkarte gilt ab Januar 2015 für GKV-Versicherte nicht mehr als gültiger Nachweis, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das aufgedruckte Gültigkeitsdatum der KVK hat keine Bedeutung mehr. Das heißt: Auch Karten mit einem längeren Gültigkeitsdatum dürfen nicht mehr verwendet werden. Die KVK ist dann nur noch für Versicherte sogenannter sonstiger Kostenträger (zum Beispiel Heilfürsorge) sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig. Die KBV wird technische Maßnahmen veranlassen, sodass alte Karten ab Januar für GKV-Versicherte von den Lesegeräten auch nicht mehr eingelesen werden können.

Bei Patienten ohne eGK: Privatvergütung

Es ist zu erwarten, dass einige wenige Patienten im Januar 2015 entweder noch keine eGK haben werden oder aber fälschlicherweise noch die alte Karte verwenden, obwohl sie bereits über eine Gesundheitskarte verfügen. Für diese Fälle wurde folgendes Verfahren vereinbart:

Kann der Patient auch auf Nachfrage keine eGK vorlegen und ist die Behandlung nicht verschiebbar, gilt Folgendes:

- Der Patient hat zehn Tage Zeit, eine gültige Karte nachzureichen. Ansonsten kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Das Ersatzverfahren ist in diesem Fall nicht möglich.
- Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine eGK vor, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig war, muss der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut dem Patienten das Geld zurückzahlen. Das gilt auch, falls die Krankenkasse des Versicherten bis zum Ende des Quartals nachweist, dass zum Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch bestand. Der Arzt rechnet die Behandlung dann wie gewohnt als Kassenleistung ab.

Der Arzt kann seinem Patienten während dieser Zeit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel privat verordnen: Er vermerkt dazu auf dem Privatrezept „ohne Versicherungsnachweis“. Der Patient trägt die Kosten selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen.

Ausnahme: Bei Notfallbehandlungen, in denen keine eGK vorgelegt werden kann, darf der Arzt das Ersatzverfahren anwenden.

Mehr Informationen

Ausführliche Informationen zur Nutzung der eGK finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*. In der Novemberausgabe der KVB INFOS werden wir Ihnen zudem Antworten auf die wichtigsten Fragen in der Praxis liefern.

Die Vereinbarung zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag) finden Sie auf den Internetseiten der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik *Rechtsquellen*.

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

Behandlung von Asylbewerbern

Wir gehen davon aus, dass in Zukunft verstärkt Asylbewerber und Flüchtlinge vor allem Haus- und Kinderärzte kontaktieren werden. Bei der Behandlung dieses Personenkreises sind folgende Punkte zu beachten.

Rechtliche Grundlagen

Paragraf 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG haben im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen **eingeschränkten Anspruch** auf medizinische Versorgung. Der Behandlungsanspruch wurde vom Gesetzgeber in Paragraf 4 AsylbLG auf folgende Sachverhalte begrenzt:

- ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen,
- Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verbandsmitteln für Schwangere und Wöchnerinnen,
- Verabreichung **amtlich empfohlener Schutzimpfungen**.

Paragraf 6 AsylbLG

Des Weiteren können gemäß Paragraf 6 AsylbLG auch sonstige, über die genannten Sachverhalte hinausgehende (ärztliche) Leistungen **im Einzelfall** gewährt werden, wenn diese zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierfür ist allerdings die **vorherige Genehmigung** durch die zuständige Behörde einzuholen.

Abrechnungsvoraussetzungen

Grundlage für die Behandlung gemäß Paragraf 4 AsylbLG ist stets ein von der jeweiligen Sozialhilfeverwaltung ausgestellter, gültiger **Behandlungsschein**. Dieser muss folgende Daten enthalten:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift
- fünfstellige Kassenummer der Sozialhilfeverwaltung

Abrechnungsbesonderheiten

- Bitte beachten Sie die individuellen Angaben der Sozialhilfeverwaltung insbesondere hinsichtlich des Leistungsumfangs, Gültigkeitszeitraums und behandelnder Fachrichtung.
- Falls keine ausreichende Verständigungsmöglichkeit mit dem Patienten besteht, kann ein Dolmetscher beim zuständigen Sozialhilfeträger formlos angefordert werden. Die Kosten hierfür übernimmt der Sozialhilfeträger.
- Als Versichertenstatus ist einheitlich M (Mitglied) anzugeben.
- Überweisungen sind grundsätzlich nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers mit entsprechendem Genehmigungsvermerk (Muster 6) möglich.
- Ausnahme: Landratsamt Ansbach. Direkte Überweisung zum Facharzt ist hier möglich, eine Zustimmung des Amtes ist nicht mehr erforderlich.
- Behandlung im Notfall: Verwendung des Musters 19 (Notfall-/Vertreterschein), sofortige Eilanzeige der Notfallbehandlung beim zuständigen Sozialamt (14-Tage-Frist) notwendig.
- Krankenhauseinweisung nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträ-

gers. Ausnahme: Notfalleinweisung.

Hinweise zu Verordnungen

- Arznei- und Verbandmittel sind im Rahmen der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände verordnungsfähig.
- Für Heilmittel, Brillen, orthopädische oder andere Hilfsmittel ist eine Genehmigung des Sozialhilfeträgers erforderlich.
- Impfstoffe sind auf den Namen des Patienten auf Muster 16 (Kassenrezept) zulasten des Sozialhilfeträgers zu verordnen. Impfstoffe dürfen nicht dem Sprechstundenbedarf entnommen werden.
- Asylbewerber sind grundsätzlich von der Zuzahlung befreit.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

http://www.stmas.bayern.de/fibel/sf_a165.php

sowie unter:

<http://www.stmas.bayern.de//migration/index.php>

Verzeichnis der Sozialhilfeverwaltungen:

<http://www.stmas.bayern.de/sozial/sozialhilfe/bayern.php>

Bei Fragen zur Abrechnung 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

Bei Fragen zu Verordnungen 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

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 *Service/Fortbildung/KVB-Seminare/Online-Anmeldung*.

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

Alles rund ums Arbeitsrecht

Hautkrebsscreening

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Gründer-/Abgeberforum

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis - Hausärzte

Abrechnungsworkshop HNO

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Datenschutz in der Praxis

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

QM-/QZ-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem Berufsverband DGPT

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2014	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2014 12. November 2014	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	15. Oktober 2014 8. November 2014	13.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Oktober 2014 22. Oktober 2014	16.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Bayreuth
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	18. Oktober 2014 25. Oktober 2014 8. November 2014 15. November 2014	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg Regensburg Bayreuth München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Oktober 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014 13. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	5. November 2014	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2014	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	15. November 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	14. November bis 15. November 2014	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren mit Grund- oder Kompaktschulung	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	München

KVBIINFOS 11|14

ABRECHNUNG

- 134 Die nächsten Zahlungstermine
- 134 Bestimmung von CRP und BAK im Bereitschaftsdienst
- 134 GOPen 06334 und 06335 für IVOM
- 135 Gemeinsame Abrechnungshinweise der BLÄK und KVB zu Laborleistungen

VERORDNUNGEN

- 136 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 137 Neue BtM-Rezepte
- 137 Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)
- 138 Enzalutamid (Xtandi®) ist Praxisbesonderheit
- 138 Aureomycin-Augensalbe nicht mehr im Vertrieb
- 139 Allergie-Diagnostika und GOP 30110 sowie 30111

QUALITÄT

- 139 Abnahmeprüfung Sonographie

IT IN DER PRAXIS

- 140 Neuerungen zur Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- 141 Formularbedruckung

ALLGEMEINES

- 142 Ebola-Fieber: Informationen für Ärzte

SEMINARE

- 143 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 144 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 145 Notfalltraining für das Praxisteam
- 146 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

10. November 2014
Abschlagszahlung Oktober 2014

10. Dezember 2014
Abschlagszahlung November 2014

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Bestimmung von CRP und BAK im Bereitschaftsdienst

In seinem Urteil vom 12. Dezember 2012 (Az.: B 6 KA 5/12 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass Laboruntersuchungen der Blutalkoholkonzentration (BAK) und die quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP) nicht zur Basisversorgung des Notfalldienstes (organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst) gehören. Der Arzt im Notfalldienst muss sich auf die Erstversorgung mit dem Ziel beschränken, Gefahren für Leib und Leben zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären.

Die Bestimmung der Blutalkoholkonzentration (Ähnliche Untersuchung GOP 32246) und die quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren (GOP 32460) seien für die Erstversorgung in der Regel medizinisch nicht erforderlich und sinnvoll.

Das Gericht schließt in seiner Entscheidung nicht aus, dass in besonders gelagerten Einzelfällen die Bestimmung der BAK und des CRP für erforderlich gehalten werden kann. Diese Fälle seien jedoch wegen ihres Ausnahmeharakters vom Arzt zu substantiieren.

Bitte tragen Sie in solchen Ausnahmefällen die Begründung für die medizinische Notwendigkeit der Untersuchung in das Freitextfeld (FK 5009) zur jeweiligen Gebührenordnungsposition ein.

Das Urteil des Bundessozialgerichts finden Sie auf der Internetseite des BSG unter www.bsg.bund.de in der Rubrik Entscheidungen.

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

GOPen 06334 und 06335 für IVOM

Die neuen augenärztlichen Zusatzpauschalen für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (IVOM) am Auge nach den GOPen 06334 und 06335 können nur im Zusammenhang mit solchen IVOM berechnet werden, die nach den GOPen 31371 bis 31373 oder 36371 bis 36372 und damit nach dem EBM erbracht und abgerechnet wurden. Deshalb können die Zusatzpauschalen 06334 und 06335 für IVOM, die vor dem 1. Oktober 2014 durchgeführt wurden, nicht angesetzt werden. Leistungen der Nachbehandlung nach IVOM vor dem 1. Oktober 2014 sind weiterhin privat zu liquidieren.

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

Gemeinsame Abrechnungshinweise der BLÄK und KVB zu Laborleistungen

Im Bayerischen Ärzteblatt 7-8/2014, Seite 381, hatte die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) über Fallstricke bei der Privatabrechnung von Speziallaborleistungen im Zusammenhang mit der Beachtung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung berichtet. Ergänzend haben die BLÄK und die KVB für ambulante ärztliche Laborleistungen gemeinsam folgende Abrechnungshinweise zusammengestellt. Diese sollen als schnelle Orientierungshilfe für die Praxis dienen.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

Vertragsärztliche Laborleistungen (Paragraf 25 BMV-Ä)

1. **Allgemeines Labor – EBM-Leistungen nach Kapitel 32.2**
Abrechnungsfähig sind die Leistungen, wenn sie
 - entweder **persönlich vom abrechnenden Arzt** erbracht, oder
 - vom abrechnenden Arzt **aus einer Laborgemeinschaft bezogen** worden sind, deren Mitglied er ist.
 - Beim Bezug aus einer Laborgemeinschaft rechnet der beziehende Arzt die Analysekosten (gemäß dem Anhang zum Abschnitt 32.2 EBM) durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassensärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab (sogenannte „Direktabrechnung von Laborgemeinschaften“). Die Laborgemeinschaft wird dabei als gemeinsamer Abrechnungshilfe tätig.

Leistungen des Allgemeinlabors können auch zur Erbringung an einen anderen Arzt überwiesen werden

(Paragraf 25 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 BMV-Ä, EBM Kapitel 32.2 Nr. 2). Sie können dann nur **vom Überweisungsempfänger** abgerechnet werden.

2. Speziallabor – Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM

Leistungen des Speziallabors können nur **von dem Arzt abgerechnet werden, der sie selbst persönlich erbracht hat und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KV verfügt**. Überweisungen sind zulässig. Ein Bezug aus Laborgemeinschaften ist nicht zulässig (vergleiche Paragraf 25 Abs. 2 Nr. 2 BMV-Ä, EBM Kapitel 32.3 Nrn. 2 und 3).

3. Blutentnahmen sind durch die jeweiligen Versichertenpauschalen beziehungsweise Grundpauschalen abgegolten und können nicht gesondert berechnet werden.

Privatärztliche Abrechnung nach GOÄ

Paragraf 4 Absatz 2 GOÄ Sätze 1 und 2 geben den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung als Voraussetzung für die Berechenbarkeit einer ärztlichen Leistung vor: „Der Arzt kann Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.“

Dieser Grundsatz wird in den jeweiligen „Allgemeinen Bestimmungen“ zu Kapitel M und zu den einzelnen Abschnitten des Kapitels M („Laboratoriumsuntersuchungen“) detaillierter ausgeführt.

1. **Praxislabor – GOÄ-Abschnitt M-I**
Leistungen nach Abschnitt M-I (sogenannte „Vorhalteleistungen“) können nur berechnet werden, wenn die Labordiagnostik direkt beim Patienten oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenentnahme beziehungsweise Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Sie sind „nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.“ (GOÄ, Kapitel M, Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt M I)

2. **Basislabor – GOÄ-Abschnitt M II**
Leistungen nach M-II („Basislabor“) können als eigene Leistungen abgerechnet werden, wenn sie persönlich oder unter der Aufsicht eines anderen Arztes in einer Laborgemeinschaft erbracht werden. Laborgemeinschaften sind nach der – hier sinngemäß anwendbaren – Definition des Bundesmantelvertrags-Ärzte Gemeinschaftseinrichtungen von Ärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Einrichtung zu erbringen.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Speziallabor – GOÄ-Kapitel M-III und M-IV

Abrechnungsfähig sind nur persönlich erbrachte Leistungen. Dazu sind die entsprechenden Vorgaben zur Qualifikation und – für den Fall einer Delegation im eigenen Verantwortungsbereich zur Aufsicht und fachlichen Weisung – zu den Gebietsgrenzen sowie zur Qualitätssicherung zu beachten. Ein Bezug aus Laborgemeinschaften zum Zweck der eigenen Abrechnung ist nicht zulässig.

Wird Untersuchungsmaterial zur Durchführung der Analytik an einen anderen Arzt (in der Regel Laborarzt) weitergesendet, hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung erbracht hat (GOÄ, Kapitel M, Allgemeine Bestimmung Nr. 3).

In diesem Zusammenhang ist Paragraph 4 Absatz 5 GOÄ zu beachten, nach dem der Patient vorab zu informieren ist, wenn kostenpflichtige Leistungen durch Dritte – hier den die Laborleistung erbringenden (Labor-)Arzt – erbracht werden sollen.

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

Off-Label-Use (Anlage VI)

Teil B – Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten (Off-Label-Use) **nicht** verordnungsfähig sind – wurde um den Absatz „XV. Venlafaxin bei neuropathischen Schmerzen“ ergänzt.

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 G-BA belegen. Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Canagliflozin (Invokana®) – Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dapagliflozin/Metformin (Xigduo®) – Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dolutegravir (Tivicay®)
 - Für nicht antiretroviral vorbehandelte (therapienaive) Erwachsene: Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen.
 - Für nicht antiretroviral vorbehandelte (therapienaive) Jugendliche ab 12 Jahren: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
 - Für antiretroviral vorbehandelte Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Integrase-Inhibitor die erste Therapieoption darstellt: Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen.
 - Für antiretrovirale vorbehandelte Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Inte-

grase-Inhibitor eine nachrangige Therapieoption darstellt: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

- Für antiretroviral vorbehandelte Jugendliche ab 12 Jahren: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neue BtM-Rezepte

In den KVB INFOS 1/2013 informierten wir Sie über neue fälschungssichere BtM-Rezepte. Seitdem wurden bei Neubestellungen sukzessive die neuen BtM-Rezepte ausgeliefert. Die Bundesopiumstelle informiert nun, dass die „alten“ BtM-Rezepte zum **31. Dezember 2014 ihre Gültigkeit verlieren**.

Was hat sich geändert?

Die neuen BtM-Rezepte tragen eine deutlich sichtbare fortlaufende, neunstellige Rezeptnummer, mit der sie dem verschreibenden Arzt eindeutig zugeordnet werden. In jeder Lieferung mit BtM-Rezepten findet sich ein Sendungsbeleg (DIN A 6 Karte), dem der Nummernkreis der gelieferten BtM-Rezepte zu entnehmen ist. Dieser Sendungsbeleg sollte unbedingt aufbewahrt und der ärztlichen BtM-Dokumentation beigelegt werden.

Insbesondere in Einrichtungen, in denen mehrere ärztliche Personen Betäubungsmittel verschreiben (zum Beispiel Gemeinschaftspraxen, MVZ, Ambulanzen), ist auf eine getrennte BtM-Dokumentation für jede ärztliche Person zu achten.

Um den aktuellen Sicherheitsanforderungen im BtM-Verkehr gerecht zu werden, werden die neuen BtM-Rezepte mit zusätzlichen Sicherheitsmerkmalen versehen. Die Echtheit eines BtM-Rezepts kann in der Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden. Unter UV-A-Licht (wie bei der Geldscheinprüfung) verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend.

Das Format des BtM-Rezepts wird grundsätzlich beibehalten. Die zu beschriftenden Felder wurden je-

doch soweit wie möglich an das aktuelle Muster 16 (Formular für das ‚Kassenrezept‘) angepasst. Somit finden sich nun auch eigene Felder für die Betriebsstätten- und Arztnummer. Zu beachten ist, dass die Randleiste, an der die drei Rezeptblätter befestigt sind, von der rechten auf die linke Seite verlegt wurde. Dies vereinfacht die Handhabung, hat aber eventuell Einfluss auf die Bedruckung der BtM-Rezepte.

Das Verfahren für die Nachbestellung von BtM-Rezepten ändert sich grundsätzlich nicht. Mit jeder Lieferung erhalten Ärzte wie bisher eine Folgeanforderungskarte für neue BtM-Rezepte. Es sollte unbedingt diese Anforderungskarte für die Bestellung von Rezepten verwendet werden. Die Folgeanforderungskarte wird in Zukunft mit einem Barcode versehen sein, der die Bearbeitung in der Bundesopiumstelle erleichtert und die Auslieferung der BtM-Rezepte erheblich beschleunigt.

Die Regelungen zum Ausfüllen von BtM-Rezepten ändern sich nicht. Hierzu lesen Sie bitte unser Verordnungsaktuell „Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung“.

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

Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)

Seit dem 29. Juli gilt die neue Medizinprodukte-Abgabeverordnung. Mit dieser hat der Gesetzgeber die Medizinprodukte-Verschreibungsverordnung und die Verordnung über Vertriebswege für Medizinprodukte zusammengefasst.

Die wichtigsten praxisrelevanten Neuerungen:

- Bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Medizinprodukten ist neben den bisher notwendigen Angaben nun auch die E-Mail-Adresse des Arztes anzugeben. Derzeit ist als verordnungsfähiges verschreibungspflichtiges Medizinprodukt nur Movicol® Junior aromafrei gelistet (Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie).
- Medizinprodukte, die nicht zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, dürfen – unabhängig davon, ob sie rezeptpflichtig sind oder nicht – nicht mehr an den Patienten abgegeben, sondern müssen direkt an den Arzt geliefert werden, zum Beispiel Intrauterin-pressare.
- Eine ärztliche Verschreibung über ein Medizinprodukt, die zu dem Zweck ausgestellt wird, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz eingelöst zu werden, muss – neben den bisher notwendigen Angaben – nun ebenfalls die E-Mail-Adresse der verschreibenden Person sowie deren Telefon- oder Telefaxnummer unter Angabe der Ländervorwahl enthalten.

Die Angabe einer E-Mail-Adresse wurde auf Wunsch des Bundesministeriums für Justiz und Verbrau-

cherschutz als rechtlich verbindlich in die MPAV aufgenommen. Begründet wird dies mit der Patientenmobilitätsrichtlinie.

Analog zur MPAV gilt bei der Verschreibung von Arzneimitteln: Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die Angabe der E-Mail-Adresse des Arztes verpflichtend, wenn die Verordnung zu dem Zweck ausgestellt wird, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz eingelöst zu werden. In diesen Fällen ist bei der Telefon- beziehungsweise Faxnummer auch die Ländervorwahl anzugeben.

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

Enzalutamid (Xtandi®) ist Praxisbesonderheit

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um den Wirkstoff Enzalutamid zu ergänzen. Der Beschluss trat am 20. Februar 2014 in Kraft.

Xtandi® ist seit dem 1. September 2014 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen anzuerkennen.

Enzalutamid (Xtandi®) ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.

Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist Best-Supportive-Care (zum Beispiel adäquate Schmerztherapie). Es liegt ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen vor. Die Aussagesicherheit wird in die Kategorie Hinweis eingeordnet, da nur die Ergebnisse aus einer randomisierten, klinischen Studie (Zulassungsstudie AFFIRM) vorgelegt wurden.

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

Aureomycin-Augensalbe nicht mehr im Vertrieb

Für das Arzneimittel Aureomycin® Augensalbe 5g (Chlortetracyclinhydrochlorid, PZN 03723153) ist die fiktive Zulassung am 30. August 2014 erloschen, die Augensalbe wurde vom Markt genommen.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Deshalb gehen die Krankenkassen vermehrt dazu über, Rückforderungsanträge für diese Arzneimittel zu stellen. Bitte achten Sie bei Ihren Verordnungen auch auf fiktiv zugelassene Arzneimittel und verzichten Sie gegebenenfalls auf diese Verordnungen, bis eine rechtskräftige Zulassung des Medikaments erfolgt ist.

Unsere aktuelle Aufstellung fiktiv zugelassener Arzneimittel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Allergie-Diagnostika und GOP 30110 sowie 30111

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informierte uns darüber, dass aufgrund gestiegener Kosten der Allergie-Diagnostika, insbesondere der Testkits zur Pricktestung, im Rahmen der anstehenden EBM-Weiterentwicklung eine Neubewertung der GOP 30110 und 30111 geprüft werden soll.

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

Abnahmeprüfung Sonographie

Die Ultraschallvereinbarung vom 1. April 2009 legt fest, dass die KVB alle zu diesem Zeitpunkt bereits in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der technischen Mindestanforderungen hin zu überprüfen hat. Dabei handelt es sich um eine einmalige Prüfmaßnahme mit dem Anliegen, sehr alte, nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechende Ultraschallgeräte durch neue zu ersetzen.

Gemäß dieser bundesweiten Regelung muss die KVB bis spätestens 31. März 2015 die Überprüfung der aktuellen Gewährleistungserklärungen für alle verwendeten Ultraschallsysteme sowie jeweils einer Bilddokumentation je Schallkopf abgeschlossen haben.

Gleichzeitig sind die Mitglieder der KVB verpflichtet, die entsprechenden Nachweise zu erbringen und bei der KVB vorzulegen. Die KVB hat alle betroffenen Mitglieder bereits mit der Bitte um Vorlage der entsprechenden Unterlagen angeschrieben.

Bitte reichen Sie die noch fehlenden Unterlagen möglichst bald ein. Bei Fragen hilft Ihnen unser „Service-Team Sonographie“ gerne weiter.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00
E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Neuerungen zur Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Wie schon in der Oktober-Ausgabe der KVB INFOS angekündigt, können gesetzlich krankenversicherte Patienten ab 1. Januar 2015 nur noch mit der elektronischen Gesundheitskarte den Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen.

Auch Krankenversichertenkarten (KVK) mit einem längeren Gültigkeitsdatum dürfen dann nicht mehr verwendet werden. Die KVK ist nur noch für Versicherte sogenannter „Besonderer Kostenträger“ (Bundespolizei, Postbeamte A, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Grenzgänger deutsch-niederländisches Sozialversicherungsabkommen mit Wohnsitz Inland, Kriegsopferversorgung/Bundesversorgungsgesetz, Bayerische Eisenbahngesellschaft) sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig. Nachfolgend haben wir Antworten auf die wichtigsten Fragen für Sie zusammengefasst:

Erfolgt eine automatische Kartenprüfung?

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) werden technische Maßnahmen getroffen, sodass alte Karten ab Januar 2015 nicht mehr eingelesen werden können. Die KBV hat im Oktober eine Vorgabe für die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen entwickelt, aus der hervorgeht, woran die Praxisverwaltungssysteme erkennen, welche KVKen beim Einlesen abgelehnt werden. Diese Vorgabe wird in den KVDT-Anforderungskatalog aufgenommen, der für die Softwareanbieter verbindlich umzusetzen und mit dem Quartals-Update Q1/2015 in den Praxen zu implementieren ist.

Welche Kriterien gelten bei der Identitätsprüfung des Patienten?

Mit dem Foto auf der eGK hat der Gesetzgeber ein zusätzliches Sicher-

heitsmerkmal zum Schutz vor Kartenmissbrauch eingeführt. Um einem möglichen Regressrisiko bei erkennbar ungültigen Versicherungsverhältnissen vorzubeugen, wurde eine Identitätsprüfung vereinbart. Die Identitätsprüfung muss in der Praxis anhand der auf der eGK aufgebrachten Identitätsdaten (Foto, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) erfolgen. Bei eGK ohne Foto – bei Kindern unter 15 Jahren und Versicherten mit einer Pflegestufe – bezieht sich die Überprüfung auf die sonstigen optischen Identitätsmerkmale wie Alter und Geschlecht. Lässt sich die Gesundheitskarte dem Patienten nicht zuordnen, darf die Karte nicht eingelesen werden.

Wie wird verfahren, wenn die eGK erkennbar nicht dem Patienten zugeordnet werden kann?

Eine Privatvergütung kann nach Ablauf von zehn Tagen verlangt werden (Ausnahme: Notfallbehandlung), allerdings ist das unter Umständen mit unnötigem Aufwand verbunden, wenn die richtige eGK doch noch im Verlauf des Quartals vorgelegt wird. Dem bürokratischen (Mehr-)Aufwand können Sie dadurch entgehen, indem Sie eine Privatvergütung erst nach Ablauf des Quartals verlangen (das heißt, wenn eindeutig keine dem versorgten Patienten zuzuordnende eGK vorgelegt wurde).

Was ist bei Verdacht auf Missbrauch zu tun?

Bei Verdacht auf Missbrauch ist die zuständige Krankenkasse zwingend zu informieren. In solchen Fällen dürfte angezeigt sein, das weitere Vorgehen mit der Kasse abzustimmen. Wir empfehlen Ihnen, sich die mögliche Kassenanweisung schriftlich (mindestens als Fax) bestätigen zu lassen.

Wann wird das Ersatzverfahren angewendet?

Das Ersatzverfahren nutzen Sie, wenn die eGK nicht verwendet werden kann. Das ist der Fall, wenn:

- der Versicherte die Krankenkasse oder die Versichertenart gewechselt hat, aber noch die alte Karte vorlegt,
- die Karte, das Kartenterminal oder der Drucker defekt sind,
- für Hausbesuche kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung steht und keine in der Praxis vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Im Ersatzverfahren werden folgende Daten für die Abrechnung und für Vordrucke wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Rezepte benötigt:

- Krankenkasse,
- Name, Geburtsdatum und Postleitzahl des Versicherten,
- Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) und nach Möglichkeit die Krankenversicherungsnummer.

Diese Informationen können mit Hilfe der Patientenunterlagen oder durch Angaben des Versicherten erhoben werden. Im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) zu bestätigen. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird. Wenn es im weiteren Verlauf des Quartals doch noch möglich ist, die eGK des Patienten einzulesen, wird der Abrechnungsschein entsprechend aktualisiert.

Was ist zu tun, wenn die eGK bei einem erneuten Arztbesuch fehlt?

Ein Patient war im betreffenden Quartal bereits in der Praxis und hat seine eGK vorgelegt. Er kommt aber ein weiteres Mal und dabei kann die Karte nicht eingelesen werden. Dann dürfen die benötigten Daten aus der Patientenstammdatei verwendet werden, die bereits mit der eGK des Patienten bei dessen Erstbesuch eingelesen wurden.

Gilt die KVK noch für im Ausland krankenversicherte Patienten?

Ausländische Bürger, die in Deutschland wohnen und aufgrund eines Anspruchsnachweises aus einem EU- beziehungsweise EWR-Staat, der Schweiz oder einem Abkommensstaat bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind (sogenannte „Wohnortfälle“), erhalten ebenfalls eine eGK. Auch sie dürfen die alte KVK nur noch bis zum 31. Dezember 2014 verwenden.

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland hat bereits im März 2012 einen entsprechenden Hinweis an die Krankenkassen versandt. Somit ist davon auszugehen, dass (fast) alle dieser Personen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben. Auch für sie gelten die allgemeinen Regelungen zur eGK, dass Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, Versicherte deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist (zum Beispiel bettlägerige Personen) und Personen, bei denen sich Gründe aus der grundrechtlich geschützten Glaubens- und Gewissensfreiheit ergeben, vom Erfordernis eines Lichtbildes ausgenommen sind.

Weitere Informationen zu diesem Thema, einschließlich einer Samm-

lung unterschiedlicher Fallkonstellationen in der Praxis, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Formularbedruckung

Das Personalienfeld auf Überweisungsscheinen und anderen Formularen wurde zum 1. Oktober 2014 geändert. Der Hintergrund ist, dass die Datenverarbeitung von den Formaten der alten Krankenversichertenkarte (KVK) auf die Formate der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) umgestellt wurde. Die Änderungen waren dabei geringfügig: Lediglich das Feld „Kassen-IK“ wurde umbenannt in „Kostenträgerkennung“. Außerdem haben sich zwei Begrenzungslinien verschoben. Zudem wird in der ersten Druckzeile anstelle der bisherigen Vertragskassennummer (VKNR) zukünftig das Wohnortprinzip-(WOP-)Kennzeichen aufgedruckt. Das WOP-Kennzeichen (für Versicherte mit Wohnort in Bayern ist dies die Ziffer „71“) darf nur dann übertragen werden, wenn es genauso von der KVK oder eGK gelesen wurde. Überweisungsempfänger (zum Beispiel Laborärzte) müssen bei außerbayerischen Versicherten darauf achten, dass das WOP-Kennzeichen richtig aus der Überweisung übernommen wurde.

Die bereits im Umlauf befindlichen Formulare können weiterhin verwendet und aufgebraucht werden, sind

seit 1. Oktober 2014 jedoch nach den neuen Vorgaben zu bedrucken. Bei der Blankoformularbedruckung wurden die aktuellen Formularversionen mit dem Quartals-Update des Praxisverwaltungssystems automatisch installiert.

Alte Krankenversichertenkarten können Sie weiterhin noch bis zum 31. Dezember 2014 einlesen. Danach gilt nur noch die eGK (ausgenommen sind Krankenversichertenkarten sogenannter „Besonderer Kostenträger“). Die Änderungen bei den Vordrucken haben darauf keinen Einfluss.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik *Praxisinfo/Formulare*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Ebola-Fieber: Informationen für Ärzte

Der Ebola-Ausbruch in Westafrika, der Ende Dezember 2013 in Guinea begann, hat sich seither auch nach Liberia, Sierra Leone und Nigeria (Lagos und Port Harcourt) ausgebreitet. Inzwischen ist eine Ebola-Erkrankung auch in Dakar im Senegal bei einer aus Guinea eingereisten Person aufgetreten. Insgesamt handelt es sich in Westafrika um das bisher größte, weltweit je erfasste Ebola-Ausbruchsgeschehen.

In der Demokratischen Republik Kongo (früher Zaire) sind seit August 2014 ebenfalls Ebola-Erkrankungen nachgewiesen worden, allerdings durch einen anderen Virusstamm als in Westafrika.

Die Weltgesundheitsorganisation hat eine „Gesundheitliche Notlage mit internationaler Tragweite“ festgestellt, sieht bisher aber keine Notwendigkeit für eine Ausreisebeschränkung in den genannten Ländern (Stand: Anfang Oktober 2014).

Es ist unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich, dass Reisende die Krankheit aus Afrika in andere Kontinente und auch nach Deutschland mitbringen. Das Risiko einer Ansteckung von Mitpassagieren durch einen erkrankten Fluggast wird als gering eingeschätzt. Aktuelle Informationen für Reisende in Ebola-Gebiete werden vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes angeboten.

Die Ärzteschaft wird gebeten, regelmäßig die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Ebola mit aktuellen Informationen und Hinweisen zu Maßnahmen bei einem begründeten Ebola-Verdachtsfall in Deutschland zu verfolgen: www.rki.de unter Infektionskrankheiten A-Z/Buchstabe E/Ebolafieber. Angeboten wird dort auch ein **Flussdiagramm** als

Hilfestellung für den Arzt, wann ein Verdacht auf Ebola-Fieber tatsächlich begründet ist und wie bei der ersten Abklärung unter Beachtung persönlicher Schutzmaßnahmen vorgegangen werden sollte.

Liegt ein **begründeter Verdacht** bei einem Patienten vor, informieren Sie bitte umgehend das zuständige Gesundheitsamt (www.stmgb.bayern.de in der Rubrik Ministerium/Organisation/Öffentlicher Gesundheitsdienst) sowie das zuständige Kompetenzzentrum in München (www.rki.de unter Kommissionen/Arbeitskreis STAKOB/Kompetenzzentren), um weitere Schritte zu Schutzmaßnahmen sowie zur richtigen Versorgung des Patienten und zur Labordiagnostik einzuleiten.

Gewährleistet ist eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch über die Integrierten Rettungsstellen in Bayern.

Direktverlinkungen zu den genannten Adressen und weiteren Informationsquellen sowie zu FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Infektionsschutz/Ebola-Fieber*.

Begründeter Verdachtsfall

Ein Verdachtsfall ist begründet, wenn insbesondere folgende drei Kriterien gleichzeitig erfüllt sind:

1. Fieber >38,5 Grad oder erhöhte Temperatur mit Ebolatypischen Begleitsymptomen (zum Beispiel Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, starke Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Hämorrhagien) **und**
2. Aufenthalt in den vorausgegangenen 21 Tagen vor Erkrankungsbeginn (maximale Inkubationszeit) in den von Ebola in Afrika derzeit betroffenen Gebieten **und**
3. Direkter Kontakt in dieser Zeit zu Körperflüssigkeiten (zum Beispiel Blut, Urin, Stuhl, Erbrochenes, Schweiß; keine Übertragung durch Atemluft!) von Ebola-Erkrankten, -Krankheitsverdächtigen oder -Verstorbenen.

Bei Abklärung der Anamnese möglichst >1 Meter Abstand zum Patienten halten, bei weitergehenden Untersuchungen persönliche Schutzausrüstung tragen wie Handschuhe, Schutzbrille, Einmal-Schutzkittel, mindestens chirurgischer Mund-Nasen-Schutz (besser FFP3-Maske). Wenn der Verdacht begründet ist, ist der Patient vor Ort von anderen Personen räumlich zu trennen.

Das Robert Koch-Institut stellt auf seiner Internetseite ein Flussdiagramm zur Verfügung, das bei Bedarf entsprechend aktualisiert wird: www.rki.de unter der Rubrik Infektionskrankheiten A-Z/Ebolafieber/Flussschema.

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminar-konzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. 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 ärztlichen 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
- Reanimationstraining (BLS/ALS) an Simulatoren in Kleingruppen, individuelle Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 10
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 28. Februar 2015, KVB Regensburg
- 25. April 2015, KVB München
- 9. Mai, KVB Würzburg
- 13. Juni 2015, KVB München
- 4. Juli 2015, KVB Bayreuth
- 26. September 2015, KVB Nürnberg
- 28. November 2015, KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- typische Akut- und Notfälle bei Kindern, Fallbesprechungen
- 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. Februar 2015, KVB München
- 15. April 2015, KVB Regensburg
- 13. Mai 2015, KVB Bayreuth
- 24. Juni 2015, KVB Würzburg
- 30. September 2015, KVB Augsburg
- 14. Oktober 2015, 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:

- 11. Februar 2015, KVB München
- 18. März 2015, KVB Bayreuth
- 29. April 2015, KVB Regensburg
- 28. Oktober 2015, KVB Augsburg
- 4. November 2015, KVB Würzburg
- 2. Dezember 2015, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul):

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

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 21. Januar 2015, KVB Augsburg
- 17. Juni 2015, KVB Bayreuth
- 8. Juni 2015, KVB Regensburg
- 22. Juli 2015, KVB München
- 18. November 2015, KVB Nürnberg

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

Forderndes, aggressives und sogar gewalttätiges Verhalten gegenüber Ärzten kommt leider häufiger vor als gemeinhin angenommen. Gerade bei Hausbesuchen, zum Beispiel im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, kommt es immer wieder zu schwierigen Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

Stellen Sie sich auf potenziell gefährliche Situationen ein und lernen Sie diese bereits im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Üben Sie, deeskalierend zu kommunizieren und trainieren Sie realistische Eigenschutztechniken.

1. Juli 2015, KVB Regensburg

17.00 bis 20.30 Uhr

16. September 2015, KVB Nürnberg

17.00 bis 20.30 Uhr

14. Oktober 2015, KVB Würzburg

17.00 bis 20.30 Uhr

Themenschwerpunkte:

- Prävention, Risikominimierung
- rechtliche Grundlagen
- Aufnahme und Analyse von auffälligem Verhalten
- verbale Deeskalation
- Eigenschutztechniken – einfach anzuwenden
- praktische Übungen (bitte entsprechende Kleidung berücksichtigen)

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Termine:

31. Januar 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr

31. Januar 2015, KVB München

13.30 bis 17.00 Uhr

25. Februar 2015, KVB Augsburg

17.00 bis 20.30 Uhr

13. Mai 2015, KVB Nürnberg

17.00 bis 20.30 Uhr

Notfalltraining für das Praxisteam

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? 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 Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre 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:

- Erkennen von und Verhalten bei Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

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.)

Termine:

7. Februar 2015, KVB Augsburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. März 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

28. März 2015, KVB Nürnberg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

25. Juli 2015, KVB Regensburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

10. Oktober 2015, KVB Würzburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

24. Oktober 2015, KVB Bayreuth

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. November 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

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 *Service/Fortbildung/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 *Service/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

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.

Die Seminarbroschüren für 2015 werden Mitte Dezember 2014 versendet.

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärzte und Kinderärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Verordnungen - Workshop für Praxismitarbeiter

Kooperationen - Gemeinschaftspraxis oder MVZ? - Workshop

Abrechnungsworkshop HNO

QM-/QZ-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem Berufsverband DGPT

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		3. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		27. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		28. November 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		5. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	85,- Euro	22. November 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
		29. November 2014	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	22. November 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		29. November 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		2. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		10. Dezember 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		3. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		4. Dezember 2014	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		9. Dezember 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Dezember 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	14. November bis 15. November 2014	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren, die bereits an einer Grund- oder Kompaktschulung teilgenommen haben	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	München

KVBIINFOS 12|14

ABRECHNUNG

- 150 Die nächsten Zahlungstermine
- 150 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2014
- 152 Neu ab 1. Januar 2015: Psychoanalytisch begründete Verfahren bei Kindern und Jugendlichen in kleinen Gruppen
- 153 Zuzahlung Heilmittel ab 1. Januar 2015
- 153 Chronikerpauschalen
- 154 Internisten: Abrechnung von Schwerpunktleistungen
- 154 Geplante EBM-Änderungen zum 1. Januar 2015

VERORDNUNGEN

- 155 Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)
- 155 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 156 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 156 Abgabe von Importarzneimitteln
- 157 Erstverordnung von Hörhilfen

QUALITÄT

- 158 Abnahmeprüfung Sonographie
- 158 QSV zur Dünndarm-Kapselendoskopie und Intravitrealen Medikamenteneingabe

IT IN DER PRAXIS

- 159 Erinnerung: Ab 1. Januar 2015 Behandlung nur noch mit der eGK
- 159 eGK – Erprobung Online-Rollout (Stufe 1)
- 160 Software-Updates zeitig einspielen
- 161 Korrekte Formularbedruckung

ALLGEMEINES

- 162 Allgemeinmedizinische Weiterbildung
- 162 Übermittlung von Patientendaten an den MDK

SEMINARE

- 163 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 164 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 165 Notfalltraining für das Praxisteam
- 166 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

10. Dezember 2014
Abschlagszahlung November 2014

12. Januar 2015
Abschlagszahlung Dezember 2014

30. Januar 2015
Restzahlung 3/2014

10. Februar 2015
Abschlagszahlung Januar 2015

10. März 2015
Abschlagszahlung Februar 2015

10. April 2015
Abschlagszahlung März 2015

30. April 2015
Restzahlung 4/2014

11. Mai 2015
Abschlagszahlung April 2015

10. Juni 2015
Abschlagszahlung Mai 2015

10. Juli 2015
Abschlagszahlung Juni 2015

31. Juli 2015
Restzahlung 1/2015

10. August 2015
Abschlagszahlung Juli 2015

10. September 2015
Abschlagszahlung August 2015

12. Oktober 2015
Abschlagszahlung September 2015

30. Oktober 2015
Restzahlung 2/2015

10. November 2015
Abschlagszahlung Oktober 2015

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das vierte Quartal 2014 bis spätestens **Montag, den 12. Januar 2015**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet* oder KV-Ident), über D2D oder 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/Online-Angebote/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 Richtigstellungsmittelteilung 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 *Service/Rechtsquellen/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 *Service/Formulare und Anträge/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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

Neu ab 1. Januar 2015: Psychoanalytisch begründete Verfahren bei Kindern und Jugendlichen in kleinen Gruppen

Durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zum 19. Juni 2013 wurde die Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologischen und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen von sechs auf drei Teilnehmer reduziert (siehe KVB INFOS, Ausgabe 9/2013).

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 335. Sitzung den EBM an diese Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie angepasst und ab 1. Januar 2015 neue Gebührenordnungspositionen für die psychoanalytisch begründete Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in kleinen Gruppen in den EBM aufgenommen. Zugleich wurden die im EBM enthaltenen Gebührenordnungspositionen für die Gruppenbehandlung bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (GOP 35202 und 35203) sowie bei analytischer Psychotherapie (GOP 35211) an die geänderte Mindestteilnehmerzahl angepasst.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der Behandlungen von Kindern und Jugendlichen bei einer Anzahl zwischen drei und fünf Teilnehmern im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der neuen Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.

Hinweis zu den Genehmigungen:

Der Umfang Ihrer von der KVB erteilten Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen wird durch die Änderung des EBM nicht berührt. Ihre bestehenden Genehmigungen werden von uns automatisch auf die neuen Gebührenordnungspositionen umgestellt.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse und im Deutschen Ärzteblatt, Heft 42 vom 17. Oktober 2014, veröffentlicht.

Den Beschlusstext zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zur-Richtlinie/20.

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: Psychotherapie in kleinen Gruppen – bei Kindern und Jugendlichen mindestens drei und höchstens vier Teilnehmer

GOP*	Beschreibung	Bewertung
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Kurzzeittherapie, kleine Gruppe	814 Punkte/83,61 Euro
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Langzeittherapie, kleine Gruppe	814 Punkte/83,61 Euro
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, kleine Gruppe	814 Punkte/83,61 Euro

Neu: Psychotherapie in kleinen Gruppen – bei Kindern und Jugendlichen mindestens drei und höchstens vier Teilnehmer

GOP*	Beschreibung	Bewertung
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Kurzzeittherapie, große Gruppe	407 Punkte/41,81 Euro
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Langzeittherapie, große Gruppe	407 Punkte/41,81 Euro
35211	Analytische Psychotherapie, große Gruppe	407 Punkte/41,81 Euro

* Bei Einbeziehung von Bezugspersonen sind die GOP mit „B“ zu kennzeichnen (zum Beispiel: 35202B, 35205B)

Zuzahlung Heilmittel ab 1. Januar 2015

Ab 1. Januar 2015 ändern sich die Zuzahlungsbeträge bei der Abgabe von Heilmitteln für die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421. Die Änderungen ergeben sich aufgrund von Preiserhöhungen des zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern vereinbarten Heilmittelkatalogs.

Nachfolgend die ab 1. Januar 2015 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	1,11 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,80 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,55 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,45 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,55 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,45 Euro

Unverändert bleibt der Eintrag mit Buchstabe „A“ (zum Beispiel 30410A) bei Patienten die von der Zuzahlung befreit sind.

* Laut Paragraph 32 Absatz 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden. Die Höhe der Zuzahlung errechnet sich nach den Preisen, die zwischen den Krankenkassen und den Heilmittelerbringern vereinbart sind.

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

Chronikerpauschalen

Seit dem 1. Juli 2014 ist die Chronikerpauschale II nach GOP 03221 beziehungsweise 04221 beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt als Zuschlag zur Chronikerpauschale I nach GOP 03220 beziehungsweise 04220 berechnungsfähig, statt bisher als Zuschlag zur Versichertenpauschale. Dies bedeutet, dass der Ansatz der Chronikerpauschale II zwingend die Berechnung der Chronikerpauschale I zu einem früheren Zeitpunkt im Behandlungsfall voraussetzt.

Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung der Chronikerpauschalen Folgendes, um unnötige Honorarverluste zu vermeiden:

- Beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ist die Chronikerpauschale I nach GOP 03220 beziehungsweise 04220 zur Versichertenpauschale zu berechnen.
- Beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ist die Chronikerpauschale II nach GOP 03221 beziehungsweise 04221 zu berechnen. Die beim ersten Kontakt abgerechnete Chronikerpauschale I ist nicht mehr zu löschen. Eine Nebeneinanderberechnung der Chronikerpauschale I und II in derselben Sitzung ist ausgeschlossen.

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

Internisten: Abrechnung von Geplante EBM-Änderungen Schwerpunktleistungen zum 1. Januar 2015

Internisten mit Schwerpunkt können über die Leistungen ihres Schwerpunkts hinaus bestimmte gastroenterologische Leistungen (GOP 13400, 13402, 13421, 13422, 13423) sowie die Herzschrittmacherkontrolle (GOP 13552) abrechnen.

Bitte beachten Sie jedoch bei der Abrechnung, dass Sie als Internist mit nur einem Schwerpunkt

- entweder nur die Leistungen aus Ihrem internistischen Schwerpunktabschnitt
- oder die Grundpauschale Ihres Schwerpunkts und die GOP 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 und 13552 abrechnen können.

Das bedeutet beispielsweise, dass von einem Kardiologen die Zusatzpauschale Kardiologie (GOP 13545) im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Zusatzpauschale Koloskopie (GOP 13421) abgerechnet werden kann.

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

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 sind weitere Änderungen des EBM angekündigt:

Im hausärztlichen Bereich

- Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für den Einsatz von besonders qualifizierten, nichtärztlichen Praxismitarbeitern – auch in nicht unterversorgten Gebieten: Hausarztpraxen sollen einen festen Zuschlag zur Vorhaltepauschale erhalten, um die Kosten für deren Ausbildung, Ausstattung, Gehälter etc. zu decken. Der Zuschlag wird bis zu einer Höhe von 1.320 Euro im Quartal gewährt und soll im Rahmen einer Übergangsregelung bereits ab Beginn der Ausbildung des Mitarbeiters abrechnungsfähig sein. Darüber hinaus wird der Hausbesuch durch nichtärztliche Assistenten besser vergütet.
- Für Kinderärzte wird über eine Präventionsassistentin verhandelt.

Im fachärztlichen Bereich

- Aufnahme neuer Zuschläge zu den arztgruppenspezifischen Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) in Höhe von 26,7 Prozent der jeweiligen PFG. Der Zuschlag wird – wie die PFG – von der KVB zugesetzt.
- Aufnahme von PFG auch für Internisten mit Schwerpunkt für Grundversorgerfälle
- Schaffung einer eigenen PFG für Nervenärzte
- Änderungen bei den Ausschlussleistungen zur PFG (Laborgrundpauschale 01701 führt nicht mehr zum Ausschluss der PFG).

Bis zum Redaktionsschluss dieser KVB INFOS lagen uns die Beschlüsse des Bewertungsausschusses über diese Änderungen noch nicht

vor. Sobald uns diese bekannt sind, werden wir die betroffenen Praxen gesondert per Rundschreiben informieren.

Informationen zu den geplanten Neuerungen finden Sie auch im Beitrag „Förderung von Praxisassistenten und PFG-Zuschlag ab 2015“ in den Praxisnachrichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 6. November 2014 unter www.kvb.de in der Rubrik Aktuell/Praxisnachrichten.

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

Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)

In den KVB INFOS, Ausgabe 11/2014, haben wir Sie über die praxisrelevanten Neuerungen in der MPAV informiert. Diese MPAV sieht unter anderem vor, dass bei verschreibungspflichtigen Medizinprodukten – neben den bisher notwendigen Angaben – auch die E-Mail-Adresse des Arztes anzugeben ist.

Die Angabe der E-Mail-Adresse ist inzwischen nicht mehr verpflichtend. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beabsichtigt, die Regelung, wonach ein Arzt bei Verordnungen zur Einlösung innerhalb Deutschlands (nationale Verordnungen) seine E-Mail-Adresse angeben muss, wieder rückgängig zu machen. Die dafür erforderliche Änderung der MPAV ist geplant, die Umsetzung erfolgt bereits jetzt. Deshalb muss der Arzt bei **nationalen Verordnungen verschreibungspflichtiger Medizinprodukte** ab sofort nicht länger seine E-Mail-Adresse angeben.

Die Angabe der E-Mail-Adresse ist weiterhin verpflichtend, wenn Verordnungen von Medizinprodukten oder verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder der Schweiz eingelöst werden sollen.

Klarstellung bei Abgabe bestimmter Medizinprodukte

Für weitere Kritik an der MPAV sorgte die gesetzliche Regelung, dass bestimmte Medizinprodukte – wie Intrauterinpressare – trotz Vorlage einer ärztlichen Verordnung in Apotheken nicht mehr an Patienten abgegeben werden dürfen. Das BMG argumentiert, sicherstellen zu wollen, dass besagte Medizinprodukte ausschließlich von Fachkreisen angewendet werden. Das BMG kündigt hier eine Klarstellung in der

MPAV an. Die bewährte Praxis, dass beispielsweise eine Patientin, die von ihrem Arzt ein Rezept über ein Intrauterinpressar erhalten hat, dies in einer Apotheke besorgt, anschließend erneut ihren Arzt aufsucht, um es von diesem einsetzen zu lassen, soll beibehalten 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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht einzelner Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aufgeteilt in die betroffenen Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie:

Off-Label-Use (Anlage VI)

Carboplatin-haltige Arzneimittel bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCL)

Die Kombinationstherapie wurden bereits im März 2007 in den Teil B – Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten (Off-Label-Use) **nicht** verordnungsfähig sind – aufgenommen. Aktuell hat ein weiteres pharmazeutisches Unternehmen (Sun Pharmaceuticals Germany GmbH) den bestimmungsgemäßen Gebrauch ihrer Carboplatin-haltigen Arzneimittel zur Anwendung beim fortgeschrittenen NSCL anerkannt.

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 G-BA belegen. Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Cobicistat (Tybost®) – ein Zusatznutzen ist nicht belegt
- Insulin degludec (Tresiba®) – ein Zusatznutzen ist nicht belegt
- Sofosbuvir (Sovaldi®)
 Genotyp 1
 - naiv ohne Zirrhose, interferonhaltiges SOF-Regime: Anhaltspunkt für geringen Zusatznutzen

- naiv mit Zirrhose, interferonhaltiges SOF-Regime: Anhaltspunkt für geringen Zusatznutzen
- erfahren, interferonhaltiges SOF-Regime: kein Zusatznutzen

Genotyp 2

- naiv, interferonfreies SOF-Regime: Hinweis auf beträchtlichen Zusatznutzen
- erfahren, interferonfreies SOF-Regime: Anhaltspunkt für geringen Zusatznutzen

Genotyp 3

- naiv/erfahren, interferonfreies SOF-Regime: Anhaltspunkt für geringen Zusatznutzen
- naiv/erfahren, interferonhaltiges SOF-Regime: kein Zusatznutzen

Genotyp 4 bis 6

- naiv/erfahren, interferonhaltiges SOF-Regime: kein Zusatznutzen

Genotyp 1 bis 6 mit HIV-Koinfektion

- naiv/erfahren, je nach Genotyp interferonfreies oder interferonhaltiges SOF-Regime: Anhaltspunkt für geringen Zusatznutzen

Weitere Hintergrundinformationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Bitte beachten Sie: Von unserer Aufstellung fiktiv zugelassener Arzneimittel wurden folgende Arzneimittel gestrichen:

- Yohimbin[®], weil es zwischenzeitlich vom Markt genommen wurde,
- Nacom[®], weil es seit Mai 2013 eine Zulassung hat.

Die aktuelle Übersicht fiktiv zugelassener Arzneimittel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Abgabe von Importarzneimitteln

Reimport- und Parallelimportarzneimittel

Bei Verordnung eines deutschen Originalpräparats kann die Apotheke grundsätzlich ohne Rücksprache mit einem Arzt ein Reimport- oder Parallelimportarzneimittel abgeben.

Einzelimportarzneimittel

■ Regelung bei der AOK Bayern und LKK

Das Arzneimittel muss in einem Land zugelassen sein. Eine Genehmigung vorab durch die entsprechende Krankenkasse ist nicht erforderlich.

- **Regelung bei den Ersatzkassen vdek und DAV** haben vereinbart, dass auf Vordruckmuster 16 verordnete Einzelimportarzneimittel (Paragraf 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz – AMG), abgegeben werden dürfen, wenn der Versicherte eine entsprechende Genehmigung der Ersatzkasse vorlegt.

■ Regelung bei den BKKen und IKKen

Das Importarzneimittel benötigt eine EU-weite Zulassung. Eine vorherige Genehmigung durch die bayerischen BKKen sowie der Deutschen BKK (es handelt sich bei ihr nicht um eine bayerische BKK) ist nicht notwendig.

Die EMA (European Medicines Agency) veröffentlicht Arzneimittel mit europäischer Zulassung unter www.ema.europa.eu in der Rubrik Find medicine/Human medicines.

Zu den einzelnen Produkten sind außerdem weitergehende Informationen abrufbar.

Erstverordnung von Hörhilfen

■ Regelung bei anderen Kostenträgern

Bei anderen Kostenträgern (Sozialämter, Knappschaft, außer-bayerische Regionalkassen und andere Kostenträger) ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Ausführliche Informationen zum Thema Importarzneimittel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Bei der Verordnung von Hörhilfen gilt der sogenannte Arztvorbehalt immer für die erstmalige Indikationsstellung, da die Ursache des Hörverlustes vor der Erstversorgung von einem HNO-Arzt abzuklären ist.

Für jede Folgeverordnung von Hörhilfen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diejenigen Fallkonstellationen festgelegt, in denen als Folgeverordnung eine erneute fachärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Medizinisch geboten ist dies aus Sicht des G-BA beispielsweise auch bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bei neu aufgetretenem Tinnitus.

In allen nicht ausdrücklich genannten Fallkonstellationen hält der G-BA eine ärztliche Verordnung von Hörhilfen nicht zwingend für medizinisch geboten. Die Folgeversorgung kann dann auch – sofern der Patient das wünscht – von Hörgeräteakustikern ohne Verordnung vorgenommen werden.

Die konkreten Änderungen im Abschnitt C (Hörhilfen) der Hilfsmittel-Richtlinie finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Hilfsmittel*.

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

Abnahmeprüfung Sonographie

Die Ultraschallvereinbarung vom 1. April 2009 legt fest, dass die KVB alle zu diesem Zeitpunkt bereits in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der technischen Mindestanforderungen hin zu überprüfen hat. Dabei handelt es sich um eine einmalige Prüfmaßnahme mit dem Anliegen, sehr alte, nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechende Ultraschallgeräte durch neue zu ersetzen.

Gemäß dieser bundesweiten Regelung muss die KVB bis spätestens 31. März 2015 die Überprüfung der aktuellen Gewährleistungserklärungen für alle verwendeten Ultraschallsysteme sowie jeweils einer Bilddokumentation je Schallkopf abgeschlossen haben.

Gleichzeitig sind die Mitglieder der KVB verpflichtet, die entsprechenden Nachweise zu erbringen und bei der KVB vorzulegen. Die KVB hat alle betroffenen Mitglieder bereits mit der Bitte um Vorlage der entsprechenden Unterlagen angeschrieben.

Bitte reichen Sie die noch fehlenden Unterlagen möglichst bald ein. Bei Fragen hilft Ihnen unser „Service-Team Sonographie“ gerne weiter.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89/ 5 70 93 – 4 05 00
E-Mail Sono-GWE@kvb.de

QSV zur Dünndarm-Kapselendoskopie und IVM

Am 1. Juli 2014 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Dünndarm-Kapselendoskopie in Kraft getreten, am 1. Oktober 2014 die QSV zur intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM).

Beide Vereinbarungen sehen die Möglichkeit vor, einen Antrag auf Erteilung einer Genehmigung nach Übergangsregelung zu stellen. Die Genehmigungsanträge nach Übergangsregelung müssen inklusive der erforderlichen Nachweise bis zum 31. Dezember 2014 eingehen.

Die Antragsformulare für die Dünndarm-Kapselendoskopie finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „D“/Dünndarm-Kapselendoskopie/Genehmigungsantrag nach Übergangsregelung*.

Die Antragsformulare für die intravitreale Medikamenteneingabe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „I“/Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)/Genehmigungsantrag nach Übergangsregelung*.

Erinnerung:

Ab 1. Januar 2015 Behandlung nur noch mit der eGK

Bitte denken Sie zum Jahreswechsel daran, dass gesetzlich krankenversicherte Patienten ab 1. Januar 2015 nur noch mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) den Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen können. Die alte Krankenversicherungskarte (KVK) ist ab diesem Zeitpunkt nur noch für Versicherte sogenannter „Besonderer Kostenträger“ sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig.

Die eGK stellt bei folgenden Personengruppen – auch ohne Foto – einen gültigen Anspruchsnachweis dar:

- Kinder unter 15 Jahren (Achtung: Bei Jugendlichen, die die Altersgrenze von 15 Jahren überschreiten, stellt die Krankenkasse keine neue eGK aus. Das bedeutet, dass ein Jugendlicher seine eGK bis zum Ende des aufgedruckten Gültigkeitsdatums oder gegebenenfalls bis zur Beendigung des Versichertenstatus behält.)
- Versicherte, die an der Erstellung eines Fotos nicht mitwirken können, zum Beispiel bettlägerige Personen oder Personen in geschlossenen Einrichtungen
- Personen, bei denen sich die Gründe gegen ein Lichtbild aus der grundrechtlich geschützten Glaubens- und Gewissensfreiheit ergeben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat darauf hingewiesen, dass in allen Praxisverwaltungssystemen (PVS) ab 1. Januar 2015 die Gültigkeit der eingeleseenen Karte per Prüfroutine kontrolliert wird. Beim Einsatz von mobilen Lesegeräten (beispielsweise bei Hausbesuchen) erfolgt diese Prüfung des Kartentyps allerdings nicht, sondern die Patientendaten werden zuerst einmal im mobilen Lesegerät

zwischengespeichert. Eine eventuelle Ablehnung der eingeleseenen KVK-Patientendaten würde erst dann erfolgen, wenn die Daten ins PVS übertragen werden sollen. An dieser Stelle käme dann das Ersatzverfahren zur Anwendung. Die KBV hat alle PVS-Hersteller dazu gehalten, die Versichertendaten kopierbar anzuzeigen, um somit eine Weiterverarbeitung für ein eventuell erforderliches Ersatzverfahren zu ermöglichen. Falls Sie mobile Lesegeräte einsetzen, erkundigen Sie sich bitte bei Ihrem Systembetreiber, ob Ihr PVS diese Datenkopierbarkeit anbietet.

Die KBV hat uns außerdem darüber informiert, dass Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten jetzt mit einem Plakat und einem Informationsblatt auf die Pflicht zur eGK hinweisen können. Plakat und Patienteninformation stehen unter www.kbv.de in der Rubrik *Praxisinfo/Praxis-IT/Elektronische Gesundheitskarte* zum Herunterladen und Ausdrucken bereit. Auf Wunsch können Praxen das Poster auch in gedruckter Form (DIN A3-Format) kostenfrei per E-Mail unter versand@kbv.de bei der KBV bestellen.

Weitere Informationen zum Thema eGK finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 11/2014, sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kbv.de

eGK – Erprobung Online-Rollout (Stufe 1)

Bis zum Jahresende sollen alle Versicherten gesetzlicher Krankenkassen mit einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgestattet sein. Nach den Vorstellungen der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) soll daran anschließend – nach erfolgreicher Beendigung der Erprobung – der flächendeckende Rollout für die Online-Anwendungen der eGK beginnen. Die aktuelle Planung der gematik sieht vor, dass die Erprobungsstufe 1 am Ende des dritten Quartals 2015 startet. Da es in den letzten zehn Jahren schon sehr häufig Neuplanungen für den Startzeitpunkt der Erprobung gegeben hat, gestatten wir uns an dieser Stelle den Hinweis: „Weitere zeitliche Verschiebungen vorbehalten!“

In den bundesweit geplanten Erprobungen zum eGK Online-Rollout soll in der Stufe 1 das Versichertenstammdatenmanagement und die „Qualifizierte elektronische Signatur“ getestet werden. Die T-Systems International GmbH hat die Ausschreibung der gematik zur Anbindung und Betreuung der Teilnehmer in der Testregion Südost (Bayern und Sachsen) gewonnen.

Die T-Systems spricht derzeit – in Kooperation mit den Praxisverwaltungssystem-Herstellern FREY ADV GmbH, medatixx GmbH & Co. KG und Psyprax GmbH – potenzielle ärztliche Testteilnehmer an. Insgesamt sollen 375 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten an der Erprobungsstufe 1 mitwirken. Darüber hinaus werden 125 Zahnarztpraxen sowie zwei große Kliniken in die Erprobung der Region Südost einbezogen.

Die Teilnahme an der Erprobung wird zwar honoriert, teilnehmende

Software-Updates zeitig einspielen

Praxen müssen jedoch damit rechnen, dass in dieser ersten Testphase nicht alles auf Anhieb funktioniert und eventuell Fehlerfälle auftreten können, die unter Umständen zeitraubend sind. In diesem Zusammenhang möchten wir interessierte Ärzte und Psychotherapeuten auch darauf hinweisen, dass sich aus der Teilnahme an der Erprobung gegebenenfalls eine Umsatzsteuerpflicht ergeben kann, wenn die Praxis ihre jährliche Umsatzgrenze von insgesamt 17.500 Euro für nicht-kurative Leistungen überschreitet. Wir empfehlen interessierten Mitgliedern daher, sich unbedingt vor Vertragsschluss an ihren Steuerberater zu wenden.

Die gematik benachrichtigt die KVB regelmäßig über den aktuellen Stand der Entwicklungen und Neuplanungen. Darüber hinaus werden wir von der T-Systems über die niedergelassenen Fach- und Hausärzte sowie Psychotherapeuten, die in Bayern an der Erprobung teilnehmen wollen, „ins Benehmen gesetzt“, also informiert. Gemeinsam mit anderen betroffenen KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begleiten wir das Vorhaben konstruktiv, aber kritisch.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik weist auf seiner Internetseite www.bsi.bund.de auf folgendes Thema hin: „Häufig werden Fehler in Produkten bekannt, die dazu führen können, dass die Informationssicherheit des Informationsverbundes, wo diese betrieben werden, beeinträchtigt wird. Entsprechende Fehler können Hardware, Firmware, Betriebssysteme und Anwendungen betreffen. Diese Schwachstellen müssen so schnell wie möglich behoben werden, damit sie nicht durch interne oder externe Angreifer ausgenutzt werden können. Dies ist ganz besonders wichtig, wenn die betreffenden Systeme mit dem Internet verbunden sind. Die Hersteller von Betriebssystem- oder Software-Komponenten veröffentlichen in der Regel Patches oder Updates, die auf dem jeweiligen IT-System installiert werden müssen, um den oder die Fehler zu beheben.“

Dieser Hinweis trifft nicht nur auf Betriebssysteme und Browser-Versionen zu, sondern auch auf das in der Praxis eingesetzte Praxisverwaltungssystem (PVS). Stellen Sie daher stets sicher, dass Sie die Quartals-Updates Ihres PVS rechtzeitig vor Beginn des neuen Quartals einspielen und auch Korrektur-Updates, falls vorhanden, umgehend installieren. Dadurch erhöhen Sie nicht nur die Sicherheit Ihres Systems, sondern reduzieren zudem die Gefahr von Fehlern in Ihrer Abrechnung oder bei Verordnungen.

Neben der Aktualisierung der PVS-Software sind oftmals noch Zusatzprogramme Bestandteil eines Quartals-Updates. Um die hierdurch für Ihre Praxis gegebenenfalls resultierenden Risiken einschätzen zu können, empfiehlt es sich, die entspre-

chenden Update-Informationen des Herstellers zu überprüfen beziehungsweise sich regelmäßig bei Ihrem Systembetreuer darüber zu informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Korrekte Formular- bedruckung

Die AOK Bayern hat aktuell darüber informiert, dass die Bedruckung von Verordnungsblättern in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen seit 1. Oktober 2014 zum Teil fehlerhaft ist. Es ist zu befürchten, dass das auch auf weitere Formulare zutrifft.

Fehlerhaft bedruckte Formulare haben zur Folge, dass diese in Laboren, Apotheken und anderen weiterverarbeitenden Stellen gegebenenfalls nicht akzeptiert werden. Ebenso sind Probleme mit fehlerhaften Abrechnungen zu erwarten. Bitte stellen Sie daher sicher, dass das Personalienfeld auf den in der Praxis verwendeten Formularen und Vordrucken korrekt bedruckt wird. Über die Änderungen, die am 1. Oktober 2014 in Kraft getreten sind, haben wir Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 11/2014, informiert.

Bitte stellen Sie auch folgende Einstellungen in sämtlichen Formularen sicher:

- Als Schriftart darf ausschließlich „Courier“ beziehungsweise „Courier New“ verwendet werden.
- Die Zeichendichte ist mit 10 Zeichen/Zoll definiert, was der Schriftgröße „12“ entspricht.

Zu Ihrem eigenen Schutz raten wir Ihnen dringend dazu, über einen Testlauf festzustellen, ob Ihr Praxis-system eine korrekte Formularbedruckung vornimmt. Bitte wenden Sie sich hierzu bei Bedarf an Ihren Systembetreuer.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Allgemeinmedizinische Weiterbildung

Mit Wirkung zum 1. November 2014 ist eine Änderung der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ in Kraft getreten. Diese sieht vor, dass auch Teilzeitbeschäftigten mit einem Umfang von mindestens zwölf Wochenarbeitsstunden gefördert werden können, soweit die Bayerische Landesärztekammer die Anrechenbarkeit auf die Weiterbildung bestätigt hat.

Darüber hinaus ist mit Wirkung zum 1. November 2014 eine Zusatzvereinbarung zu der genannten Vereinbarung in Kraft getreten. Danach können in Bayern nun auch anrechenbare Weiterbildungsabschnitte gefördert werden, die die Mindestdauer von drei Monaten unterschreiten. Die Zusatzvereinbarung dient der Erprobung und endet am 31. Dezember 2015. Der Zeitpunkt des Antrags, die Förderbewilligung und der Beginn des Weiterbildungsabschnitts müssen innerhalb der Laufzeit der Zusatzvereinbarung (1. November 2014 bis 31. Dezember 2015) liegen. Der Grund für die Abschnittsverkürzung und die Fachgebiete des verkürzten und des sich daran anschließenden Abschnitts sind bei Stellung des Förderantrags mitzuteilen. Spätestens zwei Monate vor Laufzeitende der Vereinbarung soll über eine Fortführung über den 31. Dezember 2015 hinaus entschieden werden.

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

Übermittlung von Patientendaten an den MDK

Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Patientendaten an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist Paragraph 276 Absatz 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V. Dies gilt auch dann, wenn die Datenübermittlung an den MDK in einem besonders gekennzeichneten (weiteren) Kuvert über die zuständige Krankenkasse erfolgt.

Dies hat uns der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz in Abstimmung mit der für Arztpraxen zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, dem Bayerischen Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach, ausdrücklich mitgeteilt. Er weist auch darauf hin, dass es den Krankenkassen in diesen Fällen nicht gestattet ist, diese Umschläge zu öffnen.

Ärzte sind aufgrund der oben genannten Rechtsvorschrift verpflichtet, die für die Begutachtung durch den MDK im Einzelfall erforderlichen medizinischen Unterlagen zu übermitteln. Die Übermittlungsverpflichtung stellt eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis im Sinne des Paragraphen 203 StGB dar, sodass es für die Übermittlung der Unterlagen keiner Einwilligungs- beziehungsweise Schweigepflichtsentsbindungserklärung bedarf und eine Übermittlungsverpflichtung selbst dann besteht, wenn der Patient mit der Übermittlung nicht einverstanden wäre.

Die Mitteilungspflichten des MDK an die Auftrag gebende Krankenkasse ergeben sich aus Paragraph 277 SGB V. Dazu hat der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz unter Punkt 8.13 seines 25. Tätigkeitsberichts unter www.datenschutz-bayern.de zum MDK-Gutachten unter anderem Folgendes ausgeführt:

„Die MDK-Gutachter sollen zukünftig das Ergebnis der Begutachtung in das Datenfeld *Ergebnis* aufnehmen. Dieses kann dann grundsätzlich an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Angaben über den Befund sind zukünftig im Textfeld *Befund* einzugeben. Eine Übermittlung dieses Textfeldes an die Krankenkassen ist dann zulässig, wenn dies im jeweiligen Einzelfall erforderlich erscheint. Darüber hinausgehende Punkte, insbesondere bei denen eine Übermittlung an die Krankenkassen nicht erforderlich erscheint, sind zukünftig im Textfeld *Vorgeschichte* einzutragen. Dieses Textfeld ist grundsätzlich nicht an die Krankenkassen weiterzuleiten.“

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 31 / 30 72 03
Fax 09 31 / 30 76 72 03
E-Mail kvbdatenschutz@kvb.de

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminar-konzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. 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 ärztlichen 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
- Reanimationstraining (BLS/ALS) an Simulatoren in Kleingruppen, individuelle Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 10
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 28. Februar 2015, KVB Regensburg
- 25. April 2015, KVB München
- 9. Mai, KVB Würzburg
- 13. Juni 2015, KVB München
- 4. Juli 2015, KVB Bayreuth
- 26. September 2015, KVB Nürnberg
- 28. November 2015, KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- typische Akut- und Notfälle bei Kindern, Fallbesprechungen
- 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. Februar 2015, KVB München
- 15. April 2015, KVB Regensburg
- 13. Mai 2015, KVB Bayreuth
- 24. Juni 2015, KVB Würzburg
- 30. September 2015, KVB Augsburg
- 14. Oktober 2015, 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:

- 11. Februar 2015, KVB München
- 18. März 2015, KVB Bayreuth
- 29. April 2015, KVB Regensburg
- 28. Oktober 2015, KVB Augsburg
- 4. November 2015, KVB Würzburg
- 2. Dezember 2015, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul):

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

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 21. Januar 2015, KVB Augsburg
- 17. Juni 2015, KVB Bayreuth
- 8. Juli 2015, KVB Regensburg
- 22. Juli 2015, KVB München
- 18. November 2015, KVB Nürnberg

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

Forderndes, aggressives und sogar gewalttätiges Verhalten gegenüber Ärzten kommt leider häufiger vor als gemeinhin angenommen. Gerade bei Hausbesuchen, zum Beispiel im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, kommt es immer wieder zu schwierigen Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

Stellen Sie sich auf potenziell gefährliche Situationen ein und lernen Sie diese bereits im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Üben Sie, deeskalierend zu kommunizieren und trainieren Sie realistische Eigenschutztechniken.

1. Juli 2015, KVB Regensburg

17.00 bis 20.30 Uhr

16. September 2015, KVB Nürnberg

17.00 bis 20.30 Uhr

14. Oktober 2015, KVB Würzburg

17.00 bis 20.30 Uhr

Themenschwerpunkte:

- Prävention, Risikominimierung
- rechtliche Grundlagen
- Aufnahme und Analyse von auffälligem Verhalten
- verbale Deeskalation
- Eigenschutztechniken – einfach anzuwenden
- praktische Übungen (bitte entsprechende Kleidung berücksichtigen)

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Termine:

31. Januar 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr

31. Januar 2015, KVB München

13.30 bis 17.00 Uhr

25. Februar 2015, KVB Augsburg

17.00 bis 20.30 Uhr

13. Mai 2015, KVB Nürnberg

17.00 bis 20.30 Uhr

Notfalltraining für das Praxisteam

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? 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 Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre 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:

- Erkennen von und Verhalten bei Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

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.)

Termine:

7. Februar 2015, KVB Augsburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. März 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

28. März 2015, KVB Nürnberg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

25. Juli 2015, KVB Regensburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

10. Oktober 2015, KVB Würzburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

24. Oktober 2015, KVB Bayreuth

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. November 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

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 *Service/Fortbildung/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 *Service/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

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

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.

Die Seminarbroschüren für 2015 werden Mitte Dezember 2014 versendet.

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Urologen

Abrechnungsworkshop HNO

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

Hautkrebsscreening

Kooperationen: Gemeinschaftspraxis oder MVZ - Workshop

Datenschutz in der Praxis

Prüfungen im Vertragsarztbereich

Gründer-/Abgeberforum

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Dezember 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. Februar 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
		4. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		11. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		25. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	25. Februar 2015	14.30 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	28. Februar 2015	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		25. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	21. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		28. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. März 2015	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg

