



## KBV BREVIER

EINE EXKLUSIV-MITTEILUNG FÜR DIE VORSTÄNDE DER KVEN

Nr. 11 / 15.3.2013

### KBV-Newsticker

---

Im Rahmen der Befragung zum Sicherstellungsauftrag konnten die Teilnehmer in einem Freitextfeld „weitere Anmerkungen“ mitteilen. Rund 20.000 Ärzte und Psychotherapeuten haben diese Möglichkeit genutzt und aufgeschrieben, was sie an ihrer Arbeit lieben, was sie im Praxisalltag behindert und welche Änderungen sie erwarten. Zehntausende Hinweise, Vorschläge und kritische Bemerkungen zum Versorgungssystem kamen zusammen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat diese Antworten auswerten lassen. Das Ergebnis liegt jetzt vor.

Befragung zum Sicherstellungsauftrag: Auswertung der Freitextantworten | 15.3.2013

[Tabellenband zur Befragung zum Sicherstellungsauftrag: Auswertung der Freitextantworten | 15.3.2013](#)

### Informationen der KBV

---

Gemeinsame Transparenzstelle von KBV und GKV-Spitzenverband zur Erfassung von Selektivverträgen: Bericht für das 4. Quartal 2012 liegt vor | 33/2013 vom 8.3.2013

Änderungen im EBM zur Durchführung CT/MRT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen treten zum 1. April 2013 in Kraft | 34/2013 vom 15.3.2013

Stellungnahmen des Kompetenzzentrums Labor jetzt auch online verfügbar | 13.3.2013

### Service für die Praxis

---

Praxisinformation zu IT in der Arztpraxis – Praxisverwaltungssoftware: Neuerungen und Informationen zum zweiten Quartal | März 2013

### KBV-Pressemitteilungen

---

[Mehr Informationen im Arzneimittel-Infoservice | 13.3.2013](#)

### Web-TV: KV-on

---

#### **Feldmann: Auch Universitäten sind der Gesellschaft verpflichtet**

Der Medizinische Fakultätentag sieht sich nicht in der Verantwortung, die Grundlagen für eine flächendeckende ambulante Patientenversorgung zu gewährleisten. Er reagiert damit auf Forderungen des KBV-Vorstands und auf das Positionspapier der KBV-Vertreterversammlung zur Gesundheitspolitik. Darin bekunden die Delegierten unter anderem, sich künftig stärker in Belange der Aus- und Weiterbildung einbringen zu wollen. Warum dies sinnvoll ist und weshalb auch die Universitäten in die Pflicht genommen werden müssen, erklärt KBV-Vorstand Regina Feldmann im aktuellen [Video auf KV-on](#).

### KBV-Newsletter

---

QEP-Newsletter Nr. 16 | 11.3.2013

KBV Kompakt Nr. 11/2013 | 13.3.2013

Arzneimittel AKTUELL Nr. 11/2013 | 14.3.2013

## IT, Telematik und Telemedizin

---

Dokumentationsbeginn im Bereich QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder sowie die neueste Version der UV-GOÄ Text | 15.3.2013

### Wichtige Termine

---

18.03.2013	Fachtreffen mit den KVen zur Entschädigungsregelung gemäß § 103 Abs. 3a SGB V
18.03.2013	AK 4
18.03.-20.03.2013	KBV-Akademie: Ausbildung für Ärzteberater/betriebswirtschaftliche Berater der KVen, Teil I
19.03.2013	Bewertungsausschuss / Erweiterter Bewertungsausschuss
20.03.2013	Verwaltungsrat des ÄZQ
20.03.2013	AG Datenkonzepte
21.03.2013	Gemeinsamer Bundesausschuss (Plenum)
21.03.2013	AG med. Grupperanpassung oder AG IT
22.03.2013	Konzertierte Aktion mit den Berufsverbänden
22.03.2013	Gesellschafterversammlung gematik
25.03.2013	Klausursitzung des Vorstandes des Zentralinstituts
26.03.2013	Sitzung des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung
26.03.2013	AG Telemedizin
27.03.2013	Gesellschafterversammlung des Deutschen Ärzte-Verlags
28.03.2013	Vorstandssitzung des Zentralinstituts

## Befragung zum Sicherstellungsauftrag: Auswertung der Freitextantworten

Rund 80.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben an der Befragung zur Zukunft des Sicherstellungsauftrags teilgenommen, die das Sozial- und Marktforschungsinstitut infas im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von Ende November 2012 bis Mitte Januar 2013 durchgeführt hat. Es wurden alle Ärzte und Psychotherapeuten angeschrieben, mehr als jeder zweite hat geantwortet. Der zweiseitige Fragebogen enthielt neben mehreren geschlossenen Fragen ein offenes Textfeld für „weitere Anmerkungen“. Etwa 20.000 Teilnehmer der Befragung haben die Möglichkeit genutzt und aufgeschrieben, was sie an ihrer Arbeit lieben, was sie im Praxisalltag behindert und welche Änderungen sie erwarten. Zehntausende Hinweise, Vorschläge und kritische Bemerkungen zum Versorgungssystem kamen zusammen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich die Antworten näher angesehen – mit folgenden Ergebnissen.

### Die Auswertung

---

Für die Auswertung nahm Infas die Anmerkungen von insgesamt 4.088 Ärzten und Psychotherapeuten genauer unter die Lupe. Dazu wurden 2.000 online ausgefüllte Fragebögen sowie 2.088 Papierfragebögen zufällig ausgewählt. Die zahlreichen Anmerkungen wurden kodiert und zu 14 Themenkategorien zusammengefasst. Sie reichen von einem „gerechteren Vergütungssystem“ bis zu „mehr Eigenverantwortung bei Patienten“ (s. Grafik S. 2). Dabei gibt es zu jeder Themenkategorie mehrere Unterkategorien. Wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sich zu welchen Themen geäußert haben, wurde in einem Tabellenband zusammengefasst ([www.kbv.de/befragung](http://www.kbv.de/befragung)). Dabei wurden pro Arzt und Psychotherapeut mehrere Nennungen erfasst.

### Die Ergebnisse

---

Ein gerechteres Vergütungssystem, weniger Bürokratie und mehr Therapiefreiheit sind die Themen, zu denen sich die Befragten am häufigsten geäußert haben. So meldet sich jeder dritte zum Thema „gerechteres Vergütungssystem“ zu Wort, 15 Prozent zur „Reduzierung der Überregulierung“. Beklagt werden die zunehmende Einmischung der Krankenkassen in die Behandlung, die zu vielen Kontrollen, Regularien und Vorschriften, die steigende Arbeitsbelastung in den Praxen und eine insgesamt unzureichende Anerkennung der eigenen Arbeit. Die Gefahr von Regressen bei der Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln wird als besonders belastend empfunden.

#### **Honorare gerechter verteilen – „Motivationskiller“ Mengensteuerung abschaffen**

Beim Thema Honorar geht es den Ärzten und Psychotherapeuten nicht nur um eine angemessene Vergütung, sondern vor allem auch um eine gerechtere Verteilung der Gelder zwischen den Fachgruppen sowie um mehr Planbarkeit für die Praxen. Es bedarf einer, so wörtlich, „verlässlichen kalkulierbaren Vergütung“. Die Mengensteuerung wird als „Motivationskiller“ gesehen. Viele kritisieren zudem die zu starke Pauschalierung bei der Vergütung, die die Leistungen der Ärzte nicht 1:1 abbilde. Sie sei „ungerecht“ und „leistungsfeindlich“ und sollte durch eine Einzelleistungsvergütung abgelöst werden. Einige Teilnehmer fordern die Einführung der Kostenerstattung.

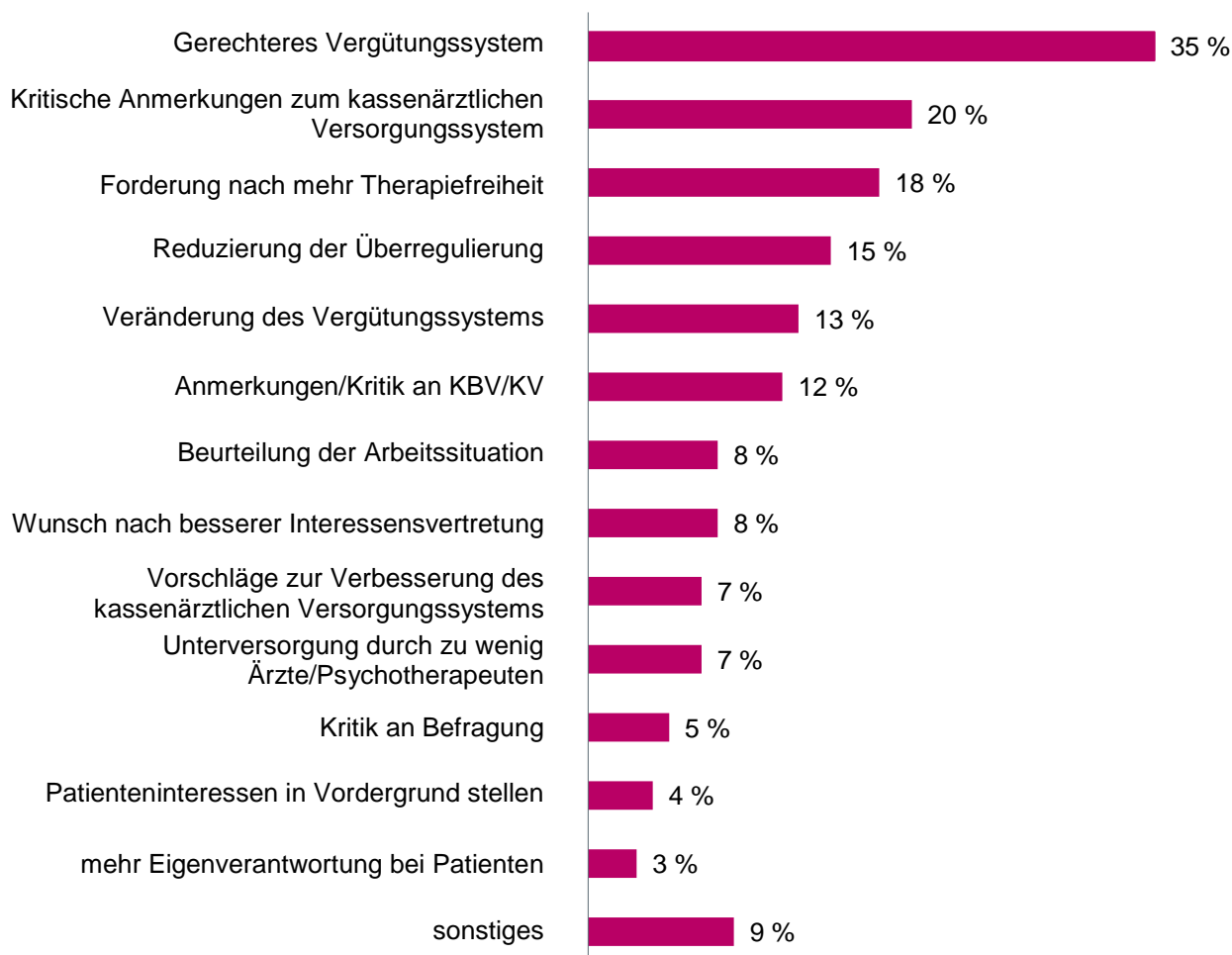
### Mehr Therapiefreiheit: Einmischung der Krankenkassen „penetrant und aggressiv“

Aus den Freitextantworten wird weiterhin deutlich, wie sehr sich die Ärzte und Psychotherapeuten mittlerweile von Krankenkassen drangsaliert fühlen. Diese mischten sich viel zu stark in Bereiche ein, von denen sie „keine fundierten Kenntnisse“ hätten und störten damit erheblich die ärztliche Behandlung. Die Rede ist von einer „penetranten“ und „aggressiven“ Einmischung, zum Beispiel bei Reha-Verordnungen und Krankschreibungen. Mit Sorge wird die „zunehmende Machtfülle“ der Krankenkassen beobachtet und deren Versuch, immer öfter selbst die Behandlungssteuerung und Beratung von Patienten, zum Beispiel über Callcenter, zu übernehmen. Insgesamt äußern sich 18 Prozent der Umfrageteilnehmer im Freitextfeld zum Thema Therapiefreiheit. Dazu gehört auch die Forderung nach Abschaffung der Arznei- und Heilmittelregresse.

### Bessere Interessensvertretung gefordert

Zwölf Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten nutzen das Freitextfeld, um ihre Unzufriedenheit, aber auch Erwartungen und Wünsche an KBV und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) mitzuteilen. Die Kritik bezieht sich vor allem auf den Körperschaftsstatus, der zunehmend als Fessel empfunden wird. Eine wirkliche Interessensvertretung, so die Meinung, sei damit nicht möglich. Mehr Unterstützung erwarten insbesondere die Psychologischen Psychotherapeuten, die zudem über eine Benachteiligung ihrer Fachgruppe klagen.

### Die Themen, zu denen sich Ärzte und Psychotherapeuten im Freitextfeld geäußert haben, mit Prozentangaben zur Häufigkeit der Nennung



## Viele Verbesserungsvorschläge

Neben vielen kritischen Anmerkungen haben die Ärzte und Psychotherapeuten Vorschläge unterbreitet, wie die Versorgung verbessert werden kann. Sie reichen von einer Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes, der Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen über eine stärkere Zusammenführung des ambulanten und stationären Sektors bis hin zu einer größeren Einigkeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Mehr Befugnisse in der Therapie wünschen sich einige Psychologische Psychotherapeuten. So sollte die Berufsgruppe Krankenschreibungen ausstellen oder bestimmte Heilmittel verordnen dürfen. Für Kriseninterventionen müsste es die Möglichkeit geben, „auch ohne ärztliches Konsil 10 bis 15 Stunden zu behandeln“, lautet eine Anmerkung.

### „Ärztliche Arbeit ist wunderbar. Katastrophal sind Bürokratie und Regresse“

In den vielen Wortbeiträgen kommen die Sorgen der Ärzte und Psychotherapeuten zum Ausdruck, dass sie unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ihre Patienten nicht auf Dauer gut behandeln könnten. Deutlich wird erneut, dass sie ihren Beruf lieben. Zitat: „Die ärztliche Arbeit ist wunderbar. Katastrophal sind die ausufernde Bürokratie sowie die Angst vor Regressen.“

**Fazit:** Die große Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten hat sich bei der Befragung zum Sicherstellungsauftrag dafür ausgesprochen, dass die Rahmenbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung verbessert werden müssen. Nur dann, so sagen die meisten, kann die Ärzteschaft weiterhin den Sicherstellungsauftrag wahrnehmen. Die Antworten im Freitextfeld des Fragebogens verstärken dieses Votum. Die meisten Befragten haben an dieser Stelle noch einmal die Themen als besonders wichtig angesprochen, zu denen sie sich schon in den geschlossenen Fragen geäußert haben (z.B. feste und kostendeckende Preise, Therapiefreiheit, Abschaffung der Regresse). Deutlich wurden eine große Unzufriedenheit und die Sorge, dass die Versorgung der Patienten unter den schlechten Rahmenbedingungen leidet, wenn sich nichts ändert.

Mehr Informationen: Alle Ergebnisse zur Befragung zum Sicherstellungsauftrag, den Forderungskatalog der Vertreterversammlung der KBV sowie weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kbv.de/befragung](http://www.kbv.de/befragung).



## Thema: Selektivverträge

Information der KBV 33/2013

An die  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Dezernat 3  
Vergütung, Gebührenordnung  
und Morbiditätsorientierung  
Geschäftsbereich Daten  
**Dr. rer. pol. Ulrich Casser**  
Tel. (030) 40 05 – 1341  
Fax (030) 40 05 – 1390  
E-Mail: UCasser@kbv.de  
Dr. Ca/So/mü/Az.: § 87 SGB V

---

8. März 2013

### **Gemeinsame Transparenzstelle von KBV und GKV-Spitzenverband zur Erfassung von Selektivverträgen: Bericht für das 4. Quartal 2012 liegt vor**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gemeinsame Transparenzstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erfassung von Selektivverträgen hat den Bericht für das 4. Quartal 2012 vorgelegt. Wir haben Ihnen das Dokument zu Ihrer Information als Anlage beigefügt.

Für die Beantwortung von Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Herrn Sokoll, Telefon 030 4005-1323, E-Mail: MSokoll@kbv.de.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Casser  
Dezernent

**Anlage**

**Bericht der gemeinsamen Transparenzstelle zur Registrierung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bzw. zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V für das 4. Quartal 2012**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit dem Betrieb einer Transparenzstelle zur Erfassung von Selektivverträgen gemäß §§ 73b und 73c SGB V .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Ziele und Grundlagen der Transparenzstelle .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Auswertungen .....</b>	<b>4</b>
.1	Erläuterungen zur Auswertung .....	4
.2	Anzahl der registrierten Krankenkassen und der Krankenkassen mit Vertragsmeldungen.....	4
.3	Anzahl der Verträge .....	5
.4	Laufzeit der Verträge.....	6
.5	Anzahl der Verträge nach Versorgungsregion .....	6
.6	Anzahl der Verträge mit und ohne KV-Beteiligung .....	11
.7	Anzahl der Verträge nach § 73b SGB V mit Vollversorgung oder teilweise ersetzender Regelversorgung .....	12
.8	Anzahl der Vertragsgegenstände bzw. Indikationen in den nach § 73c SGB V gemeldeten Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung .....	13
.9	Anzahl der Verträge nach § 73c SGB V mit oder ohne Vollversorgung.....	19

## Tabellenverzeichnis

1:	Anzahl der registrierten Krankenkassen und der Krankenkassen mit Vertragsmeldungen.....	5
2:	Anzahl der gemeldeten Verträge .....	5
3:	Anzahl der befristeten und unbefristeten Verträge.....	6
4:	Anzahl der gemeldeten Verträge nach Versorgungsregion .....	11
5:	Anzahl und Anteil der gemeldeten Verträge mit und ohne KV-Beteiligung .....	12
6:	Anzahl und Anteil des Versorgungsumfanges der Verträge nach § 73b SGB V .....	13
7:	Anzahl und Anteil der gemeldeten Vertragsgegenstände bzw. Indikationen in den Verträgen nach § 73 c SGB V .....	19
8:	Anzahl und Anteil des Versorgungsumfanges der Verträge nach § 73c SGB V .....	19



## **1 Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit dem Betrieb einer Transparenzstelle zur Erfassung von Selektivverträgen gemäß §§ 73b und 73c SGB V**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 168. Sitzung am 25. November 2008 die Bildung einer Transparenzstelle zur Erfassung von Selektivverträgen gemäß § 73b Abs. 4, § 73c Abs. 3 und § 140a SGB V beschlossen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben daraufhin das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Transparenzstelle zur Erfassung ausschließlich der Selektivverträge nach §§ 73b und 73c SGB V aufzubauen und zu betreiben. Die Erfassung von Verträgen nach § 140a SGB V war nicht Bestandteil der Beauftragung.

## **2 Ziele und Grundlagen der Transparenzstelle**

Ziel der Transparenzstelle ist es, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband regelmäßig über Art und Umfang der gemeldeten Verträge mit Bereinigungsrelevanz für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu berichten.

Dazu wurde vom Institut des Bewertungsausschusses die Transparenzstelle als reine Online-Anwendung eingerichtet. Auf der Homepage des Instituts des Bewertungsausschusses haben Krankenkassen seit dem 31. Januar 2011 die Möglichkeit, der Transparenzstelle Eckpunkte der Selektivverträge nach §§ 73b und 73c SGB V, die von den Krankenkassen abgeschlossen wurden bzw. denen die Krankenkassen beitreten, in elektronischer Form durch Ausfüllen der auf der Internetseite zur Verfügung gestellten Fragebögen (siehe Anlage) zu melden. Eine Möglichkeit zur schriftlichen Meldung der genannten Selektivverträge besteht nicht.

Verträge, die durch mehrere Krankenkassen gemeinsam oder über eine Vertragsarbeitsgemeinschaft abgeschlossen wurden, sind in der Transparenzstelle von jeder Krankenkasse einzeln zu melden. Aus diesem Grund entspricht die Anzahl der Verträge der Anzahl der getätigten Vertragsmeldungen.

Eine Prüfung der Meldung auf inhaltliche Richtigkeit erfolgt nicht.

Alle 156 Krankenkassen (Stand 1. Januar 2011) wurden mit Schreiben vom 3. Februar 2011 über die Errichtung der Transparenzstelle informiert.

### **3 Auswertungen**

#### **3.1 Erläuterungen zur Auswertung**

Ausgewertet werden in diesem Bericht für das 4. Quartal 2012 alle bis zum 9. Januar 2013 in der Transparenzstelle online gemeldeten Verträge, in denen der 31. Dezember 2012 in die Vertragslaufzeit fällt (Berichtsstichtag). Verträge, die nach dem 31. Dezember 2012 beginnen oder vor dem 31. Dezember 2012 enden, gehen nicht in die folgenden Auswertungen für das 4. Quartal 2012 ein.

Da weiterhin für Vorquartale Vertragsmeldungen erfolgen, weichen die Kennzahlen in diesem Bericht für das 1., 2., 3. und 4. Quartal 2011 sowie für das 1., 2. und 3. Quartal 2012 von den Kennzahlen im letzten Quartalsbericht ab. Gemeldete Verträge werden in Vorquartalen berücksichtigt, wenn für das 1. Quartal 2011 der 31.03.2011, für das 2. Quartal 2011 der 30.06.2011, für das 3. Quartal 2011 der 30.09.2011, für das 4. Quartal 2011 der 31.12.2011, für das 1. Quartal 2012 der 31.03.2012, für das 2. Quartal 2012 der 30.06.2012 oder für das 3. Quartal 2012 der 30.09.2012 in die Vertragslaufzeit fällt und die Verträge bis zum 9. Januar 2013 online gemeldet worden sind.

Die Auswertungen erfolgen gemäß § 4 Abs. 4 der Vereinbarung über die Errichtung und den Betrieb einer Transparenzstelle kassenseitig übergreifend als Gesamtsumme.

#### **3.2 Anzahl der registrierten Krankenkassen und der Krankenkassen mit Vertragsmeldungen**

Die Identifikation der Krankenkasse ist für die eindeutige Zuordnung der Verträge von entscheidender Bedeutung. Daher werden die Krankenkassen nach der erfolgreichen erstmaligen Anmeldung zunächst um Überprüfung der Richtigkeit der in der Transparenzstelle hinterlegten Stammdaten gebeten. Im Anschluss an diese Überprüfung wird der Zugang zur Transparenzstelle vom Institut des Bewertungsausschusses freigeschaltet. Dann kann sich die Krankenkasse jederzeit mit den übersandten Zugangsdaten bei der Transparenzstelle anmelden und Verträge melden oder Meldungen anpassen. 63 (47 %) der 134 Krankenkassen

(Fusionsstand Januar 2013) haben sich an der Transparenzstelle angemeldet.

Die folgende Tabelle 1 berichtet die Zahl der registrierten Krankenkassen und die Zahl der (registrierten) Krankenkassen, die Verträge gemeldet haben.

Quartal	Registrierte Krankenkassen	Krankenkassen, von denen Verträge gemeldet wurden*
	Anzahl	Anzahl
2011/1	50	34
2011/2	62	35
2011/3	63	34
2011/4	63	33
2012/1	63	33
2012/2	63	33
2012/3	63	33
2012/4	63	33

Tabelle 1: Anzahl der registrierten Krankenkassen und der registrierten Krankenkassen mit Vertragsmeldungen

\* Eine Zählung erfolgt auf dem Fusionsstand der Krankenkassen am Berichtsstichtag

### 3.3 Anzahl der Verträge

Tabelle 2 zeigt alle für die Quartale gültigen und gemeldeten Verträge nach §§ 73b oder 73c SGB V.

Zum Berichtsstichtag für das 4. Quartal 2012 liegen der Transparenzstelle 196 Vertragsmeldungen vor. Dabei handelt es sich um 108 Verträge nach § 73b SGB V und 88 Verträge nach § 73c SGB V.

Quartal	Gemeldete Verträge nach § 73b SGB V		Gemeldete Verträge nach § 73c SGB V		Summe
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2011/1	102	58 %	73	42 %	<b>175</b>
2011/2	103	55 %	83	45 %	<b>186</b>
2011/3	101	55 %	84	45 %	<b>185</b>
2011/4	98	54 %	85	46 %	<b>183</b>
2012/1	102	54 %	88	46 %	<b>190</b>
2012/2	104	54 %	87	46 %	<b>191</b>
2012/3	108	55 %	88	45 %	<b>196</b>
2012/4	108	55 %	88	45 %	<b>196</b>

Tabelle 2: Anzahl der gemeldeten Verträge

### 3.4 Laufzeit der Verträge

Ein Vertrag gilt in Tabelle 3 als befristet, wenn an dem in Abschnitt 3.1 genannten Stichtag für das jeweilige Quartal (31. 03. 2011 für das erste Quartal 2011 ,..., 31.12.2012 für das vierte Quartal 2012) von der Krankenkasse eine Angabe zum konkreten Vertragsende gemacht worden ist. Wenn an dem jeweiligen Stichtag der Vertrag von der Krankenkasse mit keinem konkreten Vertragsende gemeldet worden ist, wird der Vertrag als unbefristet gezählt. Die Mehrzahl der gemeldeten Verträge nach §§ 73b und 73c SGB V ist unbefristet abgeschlossen worden. Lediglich 8 der 196 im 4. Quartal 2012 gültigen Verträge haben eine befristete Laufzeit.

Quartal	Gemeldete Verträge befristet		Gemeldete Verträge unbefristet		Summe
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2011/1	16	9 %	159	91 %	<b>175</b>
2011/2	17	9 %	169	91 %	<b>186</b>
2011/3	15	8 %	170	92 %	<b>185</b>
2011/4	12	7 %	171	93 %	<b>183</b>
2012/1	9	5 %	181	95 %	<b>190</b>
2012/2	8	4 %	183	96 %	<b>191</b>
2012/3	8	4 %	188	96 %	<b>196</b>
2012/4	8	4 %	188	96 %	<b>196</b>

Tabelle 3: Anzahl der befristeten und unbefristeten Verträge

### 3.5 Anzahl der Verträge nach Versorgungsregion

Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bzw. zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V können überregional für mehrere KV-Regionen gelten. In der folgenden Tabelle 4 wird ein gemeldeter Vertrag in jeder betroffenen KV-Region als ein Vertrag gezählt (Mehrfachzählung). Vor diesem Hintergrund kann die Gesamtsumme über alle KV-Regionen höher sein als die zuvor in Tabelle 2 genannte Anzahl der Verträge.

Mehr als die Hälfte der Verträge sind für die Versorgungsregionen der KV Baden-Württemberg, KV Bayerns, KV Bremen, KV Hessen sowie KV Schleswig-Holstein abgeschlossen worden.

Versorgungsregion	Quartal	Anzahl	Anteil
Baden-Württemberg	2011/1	48	27 %
	2011/2	49	26 %
	2011/3	48	26 %
	2011/4	48	26 %
	2012/1	46	24 %
	2012/2	44	23 %
	2012/3	45	23 %
	2012/4	45	23%
Bayerns	2011/1	16	9 %
	2011/2	15	8 %
	2011/3	15	8 %
	2011/4	15	8 %
	2012/1	15	8 %
	2012/2	17	9 %
	2012/3	19	10 %
	2012/4	19	10 %
Berlin	2011/1	6	3 %
	2011/2	7	4 %
	2011/3	7	4 %
	2011/4	7	4 %
	2012/1	6	3 %
	2012/2	6	3 %
	2012/3	6	3 %
	2012/4	6	3 %
Brandenburg	2011/1	6	3 %
	2011/2	6	3 %
	2011/3	7	4 %
	2011/4	7	4 %
	2012/1	7	4 %
	2012/2	7	4 %
	2012/3	7	4 %
	2012/4	7	4 %

Versorgungsregion	Quartal	Anzahl	Anteil
Bremen	2011/1	19	11 %
	2011/2	20	11 %
	2011/3	20	11 %
	2011/4	20	11 %
	2012/1	19	10 %
	2012/2	19	10 %
	2012/3	19	10 %
	2012/4	19	10 %
Hamburg	2011/1	13	7 %
	2011/2	13	7 %
	2011/3	13	7 %
	2011/4	13	7 %
	2012/1	13	7 %
	2012/2	13	7 %
	2012/3	13	7 %
	2012/4	13	7 %
Hessen	2011/1	7	4 %
	2011/2	7	4 %
	2011/3	7	4 %
	2011/4	7	4 %
	2012/1	15	8 %
	2012/2	16	8 %
	2012/3	16	8 %
	2012/4	16	8 %
Mecklenburg-Vorpommern	2011/1	5	3 %
	2011/2	5	3 %
	2011/3	5	3 %
	2011/4	4	2 %
	2012/1	4	2 %
	2012/2	4	2 %
	2012/3	4	2 %
	2012/4	4	2 %

Versorgungsregion	Quartal	Anzahl	Anteil
Niedersachsen	2011/1	3	2 %
	2011/2	4	2 %
	2011/3	4	2 %
	2011/4	4	2 %
	2012/1	4	2 %
	2012/2	4	2 %
	2012/3	4	2 %
	2012/4	4	2 %
Nordrhein	2011/1	5	3 %
	2011/2	6	3 %
	2011/3	6	3 %
	2011/4	6	3 %
	2012/1	9	5 %
	2012/2	9	5 %
	2012/3	10	5 %
	2012/4	10	5 %
Rheinland-Pfalz	2011/1	4	2 %
	2011/2	4	2 %
	2011/3	4	2 %
	2011/4	4	2 %
	2012/1	4	2 %
	2012/2	4	2 %
	2012/3	4	2 %
	2012/4	4	2 %
Saarland	2011/1	1	1 %
	2011/2	2	1 %
	2011/3	2	1 %
	2011/4	2	1 %
	2012/1	2	1 %
	2012/2	2	1 %
	2012/3	2	1 %
	2012/4	2	1 %

Versorgungsregion	Quartal	Anzahl	Anteil
Sachsen	2011/1	5	3 %
	2011/2	6	3 %
	2011/3	6	3 %
	2011/4	6	3 %
	2012/1	6	3 %
	2012/2	6	3 %
	2012/3	6	3 %
	2012/4	6	3 %
Sachsen-Anhalt	2011/1	8	5 %
	2011/2	9	5 %
	2011/3	9	5 %
	2011/4	9	5 %
	2012/1	8	4 %
	2012/2	8	4 %
	2012/3	8	4 %
	2012/4	8	4 %
Schleswig-Holstein	2011/1	16	9 %
	2011/2	18	10 %
	2011/3	17	9 %
	2011/4	16	9 %
	2012/1	15	8 %
	2012/2	15	8 %
	2012/3	15	8 %
	2012/4	15	8 %
Thüringen	2011/1	6	3 %
	2011/2	6	3 %
	2011/3	6	3 %
	2011/4	6	3 %
	2012/1	6	3 %
	2012/2	6	3 %
	2012/3	6	3 %
	2012/4	6	3 %



Versorgungsregion	Quartal	Anzahl	Anteil
Westfalen-Lippe	2011/1	8	5 %
	2011/2	8	4 %
	2011/3	8	4 %
	2011/4	8	4 %
	2012/1	10	5 %
	2012/2	10	5 %
	2012/3	11	6 %
	2012/4	11	6 %
Bundesgebiet	2011/1	3	2 %
	2011/2	5	3 %
	2011/3	5	3 %
	2011/4	5	3 %
	2012/1	5	3 %
	2012/2	5	3 %
	2012/3	5	3 %
	2012/4	5	3 %
Summe	<b>2011/1</b>	<b>179</b>	<b>102 %</b>
	<b>2011/2</b>	<b>190</b>	<b>102 %</b>
	<b>2011/3</b>	<b>189</b>	<b>102 %</b>
	<b>2011/4</b>	<b>187</b>	<b>102 %</b>
	<b>2012/1</b>	<b>194</b>	<b>102 %</b>
	<b>2012/2</b>	<b>195</b>	<b>102 %</b>
	<b>2012/3</b>	<b>200</b>	<b>102 %</b>
	<b>2012/4</b>	<b>200</b>	<b>102 %</b>

Tabelle 4: Anzahl der gemeldeten Verträge nach Versorgungsregion

### 3.6 Anzahl der Verträge mit und ohne KV-Beteiligung

Verträge nach § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung können von den Krankenkassen mit Gemeinschaften geschlossen werden, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte eines Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten (§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V). Des Weiteren können Verträge nach § 73b SGB V mit den in § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V genannten Vertragspartnern unter Berücksichtigung der Sätze 3 bis 4 von § 73b Abs. 4 SGB V geschlossen werden.

Für die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V können von Krankenkassen Einzelverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die die Leistung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten, oder Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden (§ 73c Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Tabelle 5 gibt Auskunft über die Anzahl der Verträge mit und ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie deren Anteil an den gemeldeten Verträgen. Eine weitere Detaillierung der Vertragspartner ist aus den vorliegenden Daten nicht möglich.

Quartal	Vertrag mit KV-Beteiligung		Vertrag ohne KV-Beteiligung		Summe
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2011/1	78	45 %	97	55 %	<b>175</b>
2011/2	87	47 %	99	53 %	<b>186</b>
2011/3	86	46 %	99	54 %	<b>185</b>
2011/4	86	47 %	97	53 %	<b>183</b>
2012/1	82	43 %	108	57 %	<b>190</b>
2012/2	81	42 %	110	58 %	<b>191</b>
2012/3	81	41 %	115	59 %	<b>196</b>
2012/4	81	41 %	115	59 %	<b>196</b>

Tabelle 5: Anzahl und Anteil der gemeldeten Verträge mit und ohne KV-Beteiligung

### 3.7 Anzahl der Verträge nach § 73b SGB V mit Vollversorgung oder teilweise ersetzender Regelversorgung

Verträge nach § 73b SGB V können als Vollversorgungsverträge, die die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Regelversorgung ersetzen, oder als Verträge mit teilweise ersetzender Regelversorgung abgeschlossen werden. Die Mehrzahl der gemeldeten Verträge sind als Vollversorgungsverträge abgeschlossen worden (Tabelle 6).

Quartal	Versorgungsumfang Vollversorgung		Versorgungsumfang Teilweise ersetzende Re- gelversorgung		Summe
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2011/1	64	63 %	38	37 %	<b>102</b>
2011/2	64	62 %	39	38 %	<b>103</b>
2011/3	61	60 %	40	40 %	<b>101</b>
2011/4	60	61 %	38	39 %	<b>98</b>
2012/1	64	63 %	38	37 %	<b>102</b>
2012/2	66	63 %	38	37 %	<b>104</b>
2012/3	70	65 %	38	35 %	<b>108</b>
2011/4	70	65 %	38	35 %	<b>108</b>

Tabelle 6: Anzahl und Anteil des Versorgungsumfanges der Verträge nach § 73b SGB V

### 3.8 Anzahl der Vertragsgegenstände bzw. Indikationen in den nach § 73c SGB V gemeldeten Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Vertragsgegenstände bzw. Indikationen, die im Rahmen eines Vertrages der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V berücksichtigt werden, sind der Tabelle 7 zu entnehmen.

Die Summe der Vertragsgegenstände bzw. Indikationen kann höher sein als die zuvor in Tabelle 2 genannte Anzahl der Verträge nach § 73c SGB V, da ein gemeldeter Vertrag in jedem betroffenen Vertragsgegenstand bzw. jeder betroffenen Indikation gezählt wird (Mehrfachzählung).

Durchschnittlich sind im 1., 2., 3., 4. Quartal 2011 1,1 Vertragsgegenstände bzw. Indikationen und im 1., 2., 3. sowie 4. Quartal 2012 1,2 Vertragsgegenstände bzw. Indikationen je Vertrag nach § 73c SGB V gemeldet worden.

Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
Anästhesien, Narkosen	2011/1	1	1 %
	2011/2	1	1 %
	2011/3	1	1 %
	2011/4	1	1 %
	2012/1	1	1 %
	2012/2	1	1 %
	2012/3	1	1 %
	2012/4	1	1 %
chronische Erkrankungen (ohne Diabetes, Darmerkrankungen)	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Darmerkrankungen	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Diabetes	2011/1	2	3 %
	2011/2	2	2 %
	2011/3	2	2 %
	2011/4	2	2 %
	2012/1	1	1 %
	2012/2	1	1 %
	2012/3	1	1 %
	2012/4	1	1 %

Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
Geriatric	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Harninkontinenz	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Heimbetreuung	2011/1	1	1 %
	2011/2	1	1 %
	2011/3	1	1 %
	2011/4	1	1 %
	2012/1	1	1 %
	2012/2	1	1 %
	2012/3	1	1 %
	2012/4	1	1 %
HIV	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %

Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
Mutterschaftsvorsorge, Geburt	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Operationen	2011/1	11	15 %
	2011/2	18	22 %
	2011/3	19	23 %
	2011/4	19	22 %
	2012/1	27	31 %
	2012/2	28	32 %
	2012/3	28	32 %
	2012/4	28	32 %
pädiatrische Betreuung, Behandlung	2011/1	6	8 %
	2011/2	7	8 %
	2011/3	7	8 %
	2011/4	7	8 %
	2012/1	7	8 %
	2012/2	7	8 %
	2012/3	7	8 %
	2012/4	7	8 %
Palliativmedizinische Betreuung, Behandlung	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %

Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
postoperative Behandlung	2011/1	1	1 %
	2011/2	1	1 %
	2011/3	1	1 %
	2011/4	1	1 %
	2012/1	1	1 %
	2012/2	1	1 %
	2012/3	1	1 %
	2012/4	1	1 %
Prävention	2011/1	15	21 %
	2011/2	15	18 %
	2011/3	15	18 %
	2011/4	15	18 %
	2012/1	15	17 %
	2012/2	15	17 %
	2012/3	15	17 %
	2012/4	15	17 %
psychische Erkrankungen	2011/1	13	18 %
	2011/2	13	16 %
	2011/3	13	15 %
	2011/4	14	16 %
	2012/1	14	16 %
	2012/2	12	14 %
	2012/3	13	15 %
	2012/4	13	15 %
psychosomatische Erkrankungen	2011/1	2	3 %
	2011/2	2	2 %
	2011/3	2	2 %
	2011/4	2	2 %
	2012/1	2	2 %
	2012/2	2	2 %
	2012/3	2	2 %
	2012/4	2	2 %

Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
Schmerztherapie	2011/1	./.	0 %
	2011/2	./.	0 %
	2011/3	./.	0 %
	2011/4	./.	0 %
	2012/1	./.	0 %
	2012/2	./.	0 %
	2012/3	./.	0 %
	2012/4	./.	0 %
Sozialpsychiatrie	2011/1	1	1 %
	2011/2	1	1 %
	2011/3	1	1 %
	2011/4	1	1 %
	2012/1	1	1 %
	2012/2	1	1 %
	2012/3	1	1 %
	2012/4	1	1 %
Wundversorgung, Wundbehandlung	2011/1	9	12 %
	2011/2	9	11 %
	2011/3	9	11 %
	2011/4	9	11 %
	2012/1	7	8 %
	2012/2	7	8 %
	2012/3	7	8 %
	2012/4	7	8 %
Sonstige, hier nicht aufgeführte Vertragsgegenstände	2011/1	24	33 %
	2011/2	27	33 %
	2011/3	27	32 %
	2011/4	27	32 %
	2012/1	32	36 %
	2012/2	33	38 %
	2012/3	33	38 %
	2012/4	33	38 %



Vertragsgegenstand/Indikation	Quartal	Anzahl	Anteil
Summe	2011/1	86	118 %
	2011/2	97	117 %
	2011/3	98	117 %
	2011/4	99	116 %
	2012/1	109	124 %
	2012/2	109	125 %
	2012/3	110	125 %
	2012/4	110	125 %

Tabelle 7: Anzahl und Anteil der gemeldeten Vertragsgegenstände bzw. Indikationen in den Verträgen nach § 73 c SGB V

### 3.9 Anzahl der Verträge nach § 73c SGB V mit oder ohne Vollversorgung

17 der in Tabelle 2 genannten Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V sind als Vollversorgungsverträge bezogen auf die gemeldeten Indikationen abgeschlossen worden. Die übrigen 71 gültigen Verträge im 4. Quartal 2012 nach § 73c SGB V umfassen weder eine Vollversorgung bezogen auf die gemeldeten Indikationen noch eine Vollversorgung bezogen auf den gesamten ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich.

Quartal	Versorgungsumfang Vollversorgung bezogen auf die gemeldeten Indikationen				Versorgungsumfang Vollversorgung bezogen auf den gesamten fachärztlichen Versorgungsbereich			
	Ja		Nein		Ja		Nein	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2011/1	16	19 %	57	81 %	0	0 %	73	100 %
2011/2	16	16 %	67	84 %	0	0 %	83	100 %
2011/3	16	16 %	68	84 %	0	0 %	84	100 %
2011/4	17	17 %	68	83 %	0	0 %	85	100 %
2012/1	17	16 %	71	84 %	0	0 %	88	100 %
2012/2	16	15 %	71	85 %	0	0 %	87	100 %
2012/3	17	15 %	71	85 %	0	0 %	88	100 %
2012/4	17	15 %	71	85 %	0	0 %	88	100 %

Tabelle 8: Anzahl und Anteil des Versorgungsumfanges der Verträge nach § 73c SGB V

## Anlage

Transparenzstelle » Neuvertragsmeldung

### Meldung über einen Vertrag nach § 73b oder § 73c SGB V

#### Neuvertragsmeldung

Hiermit melden wir der gemeinsamen Transparenzstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgenden abgeschlossenen Vertrag nach § 73b bzw. § 73c SGB V:

Vertrag nach § 73b SGB V  oder  
Vertrag nach § 73c SGB V

Pflichtfeld. Bitte Zutreffendes ankreuzen, nur eine Angabe möglich.

Vertragsbezeichnung

Pflichtfeld. Die Vergabe einer Vertragsbezeichnung erleichtert die Orientierung.

Vertragskennzeichen

Pflichtfeld. Im Interesse einer einheitlichen und überschneidungsfreien Kennzeichnungssystematik wird auf den Entwurf einer Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen verwiesen.

Vertrag mit KV-Beteiligung  oder  
Vertrag ohne KV-Beteiligung

Pflichtfeld. Bitte Zutreffendes ankreuzen, nur eine Angabe möglich.

Vertragsbeginn

Vertragsende   bzw.  unbefristet

Pflichtfeld.

KV-Bereich(e)

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Bayerns
<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Brandenburg
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg
<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Nordrhein
<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
<input type="checkbox"/> Sachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> Thüringen
<input type="checkbox"/> Westfalen-Lippe	<input type="checkbox"/> gesamtes Bundesgebiet

Pflichtfeld. Mehrfachnennung möglich. Das Auswahlfeld "gesamtes Bundesgebiet" muss erst aufgehoben werden, bevor erneut einzelne Bundesländer ausgewählt werden können.

Vertragsgegenstand:

Vollversorgung  (Eine Vollversorgung ist sowohl für Verträge mit als auch ohne Notdienstversorgung auszuwählen.) **oder**

teilweise ersetzende Regelversorgung

Pflichtfeld bei Verträgen nach §73b SGB V. Bitte Zutreffendes ankreuzen, nur eine Angabe möglich.

Der Vertrag hat zum Gegenstand (z. B. Indikationen) und kann folgendem bzw. folgenden Bereich(en) zugeordnet werden

- Anästhesien, Narkosen
- chronische Erkrankungen (ohne Diabetes, Darmerkrankungen)
- Darmerkrankungen
- Diabetes
- Geriatrie
- Harninkontinenz
- Heimbetreuung
- HIV
- Mutterschaftsvorsorge, Geburt
- Operationen
- pädiatrische Betreuung, Behandlung
- Palliativmedizinische Betreuung, Behandlung
- postoperative Behandlung

- Prävention
- psychische Erkrankungen
- psychosomatische Erkrankungen
- Schmerztherapie
- Sozialpsychiatrie
- Wundversorgung, Wundbehandlung
- sonstige, hier nicht aufgeführte Vertragsgegenstände:

ja  nein

Vollversorgung innerhalb eines Fachbereiches bezogen auf die zuvor markierten Indikationen (einzelne Bereiche der ambulanten fachärztlichen Versorgung)

Vollversorgung (gesamte ambulante fachärztliche Versorgung)  ja  nein

Pflichtfeld bei Verträgen nach §73c SGB V. Mehrfachnennung möglich.

Ansprechpartner für Rückfragen

Name:

Telefon:

E-Mail:

Für evtl. Rückfragen ist die E-Mailadresse hier Pflichtfeld.

[Absenden](#)

[Zurück zur Vertragsübersicht](#)



## Thema: Abrechnung und Honorar

Information der KBV 34/2013

An die  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Dezernat 3  
Vergütung, Gebührenordnung  
und Morbiditätsorientierung  
Dr. Ulrich Casser  
Tel: (030) 4005 – 1341  
Fax (030) 4005 – 1390  
E-Mail: UCasser@kbv.de  
Dr. Ca/Re/Fre/pre/Az.: 290. Si.

---

15. März 2013

### **Änderungen im EBM zur Durchführung CT/MRT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen treten zum 1. April 2013 in Kraft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bewertungsausschuss hatte im November vergangenen Jahres wesentliche Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Bereich der Durchführung CT/MRT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen beschlossen (siehe KBV-Informationen 207/2012 und 213/2012). Wir möchten Sie heute darüber informieren, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) diesen Beschluss nicht beanstandet hat. Die Änderungen treten damit zum 1. April 2013 in vollem Umfang in Kraft.

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V für die CT/MRT-gesteuerte schmerztherapeutische Behandlung im Jahr 2011 geändert. Mit dem oben genannten Beschluss hat der Bewertungsausschuss die Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM inhaltlich an die geänderte Richtlinie angeglichen. Gleichzeitig erfolgte die Streichung des OPS-Kodes für die offen-chirurgische Facettendenerivation aus dem Anhang 2 sowie eine Einbettung der neu eingeführten GOP in das multimodale Schmerztherapiekonzept.

#### **Aufnahme einer Regelung zur Sicherstellung der Leistungen nicht vorgesehen**

Das BMG hat den Beschluss nicht beanstandet, jedoch auf die heterogene Verteilung der Schmerztherapeuten in den KV-Regionen sowie unterschiedliche regionale Kapazitäten in der Schmerztherapie hingewiesen. Es wurde angeregt zu prüfen, ob eine Regelung zur Sicherstellung der Leistungen in den EBM aufgenommen werden sollte.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sehen derzeit nicht die Notwendigkeit, entsprechende Regelungen in den EBM aufzunehmen. Der gefasste Beschluss ist für die Versorgung der Patienten zielführend und wird von den Experten für die schmerztherapeutische Behandlung breit unterstützt (siehe Anlage). Auch entspre-



## Information der KBV 34/2013

chende Hinweise zum Vorgehen bei der Indikationsprüfung wurden von den Experten benannt, womit alternative Behandlungsmethoden in den Vordergrund zu nehmen sind.

### **Mitteilung über Engpässe an die KBV erbeten**

Gegebenenfalls auftretende Engpässe bei der Versorgung der Patienten nach Inkrafttreten des Beschlusses sollten durch Sie erfasst und an uns weitergegeben werden, damit wir zum einen eine eventuell notwendige kurzfristige Lösungsoption in den Bewertungsausschuss einbringen und zum anderen – wie vom BMG gefordert – binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten einen entsprechenden Bericht abgeben können.

Bei Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Dezernats 3 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Casser  
Dezernent

**Anlage**

## BA-Beschluss Nr. 290

### A. Vorbemerkung

Drei bis fünf Millionen Patienten in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen. 1027 ambulant tätige Vertragsärzte nehmen an der Schmerztherapie-Vereinbarung der KBV (QSV) teil (Stand: 12/2010). Insgesamt besitzen rund 1500 Vertragsärzte die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie. Aufgrund der durch die Schmerztherapie-Vereinbarung vorgegebenen Fallzahllimitierung und der Begrenzung der Fallzahlen können max. 300 Fälle (Patienten mit chronischen Schmerzen) je Arzt im Quartal versorgt werden.

Der BA-Beschluss Nr. 290 tritt am 1. April 2013 in Kraft. Durch diesen BA-Beschluss ist „... die Leistung der Gebührenordnungsposition 34504 ab 1.4.13 nur berechnungsfähig, wenn sie von Ärzten erbracht wird, welche die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen oder die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

(...)

Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 darf ab 1.4.13 nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.“

Nach Auffassung des BVSD-Vorstandes wurde mit diesem BA-Beschluss 1. die Position der Schmerzmedizin eindeutig gestärkt und 2. die Multidimensionalität von Schmerzen festgeschrieben. Insofern bewertet der BVSD-Vorstand diesen BA-Beschluss als für die Schmerzmedizin richtungsweisend.

1

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Bonn; stellv. Vorsitzende: Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf, Göttingen;  
Schriftführer: Dr. Hubertus Kayser, Bremen; Schatzmeister: Dr. Bernhard Arnold, Dachau;  
weitere Mitglieder des Vorstands: Dr. Michael Schenk, Berlin; Dr. Jochen Leifeld, Rendsburg,

## **B. Problembeschreibung**

Von Seiten unterschiedlicher Fachgruppen (Radiologie, Orthopädie, WS-Chirurgie) und des Bundesministeriums für Gesundheit sind Fragen zum Sicherstellungsauftrag aufgetreten. Die KBV und der BVSD haben am 1.2.2013 die Situation besprochen. Der BVSD hat der KBV seine Unterstützung zugesichert.

Der BVSD hat in Zusammenarbeit mit den BVSD-Landesverbänden und mit Unterstützung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. eine Mitgliederbefragung (BVSD-Mitglieder / Mitglieder Dt. Schmerzgesellschaft) durchgeführt. Ziel der Datenerhebung war es, das tatsächliche Ausmaß einer von verschiedenen Seiten dargestellten, Problematik einer Unterversorgung von Patienten zu erfassen.

Die **BVSD-Umfrage** bestand aus zwei Fragen und richtete sich Vertragsärzte, die die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzen.

1. Kapazitäten zur **Abklärung einer Behandlungsbedürftigkeit** für CT - gesteuerte wirbelsäulennahe Interventionen durch Schmerztherapeuten
2. **Kooperationsanfragen** an Schmerztherapeuten seitens der vom BA-Beschluss Nr. 290 betroffenen Fachgruppen (z.B. Radiologie, Orthopädie, Neurochirurgie, WS-Chirurgie)

### **Umfrageergebnis**

Innerhalb von acht Kalendertagen (Erhebungszeitraum: 07.02. – 15.02.2013) nahmen insgesamt 300 Teilnehmer an der BVSD-Umfrage (Tel., Post, Mail, Fax) teil. Nach Datenbereinigung konnten 253 Datensätze ausgewertet werden. Einige Datensätze konnten nicht verwertet werden (unvollständige Angaben, nicht zuordenbar, privatärztlich Tätige).

In der Detailanalyse (Tabelle 1 + 2) zeigt sich, dass der BA-Beschluss Nr. 290 von einer großen Mehrheit (78 Prozent) der Umfrageteilnehmer (Niedergelassene/Krankenhaus, KV-Bereiche), unterstützt wird, begrenzte Kapazitäten zur Abklärung einer Behandlungsbedürftigkeit für CT - gesteuerte wirbelsäulennahe Interventionen bestehen (QSV-Kriterium Fallzahlbegrenzung), aber aufgrund der in vielen KV-Bereichen angespannten Honorarsituation auf eine adäquate Vergütung eines Mehraufwandes besonderen Wert gelegt wird.

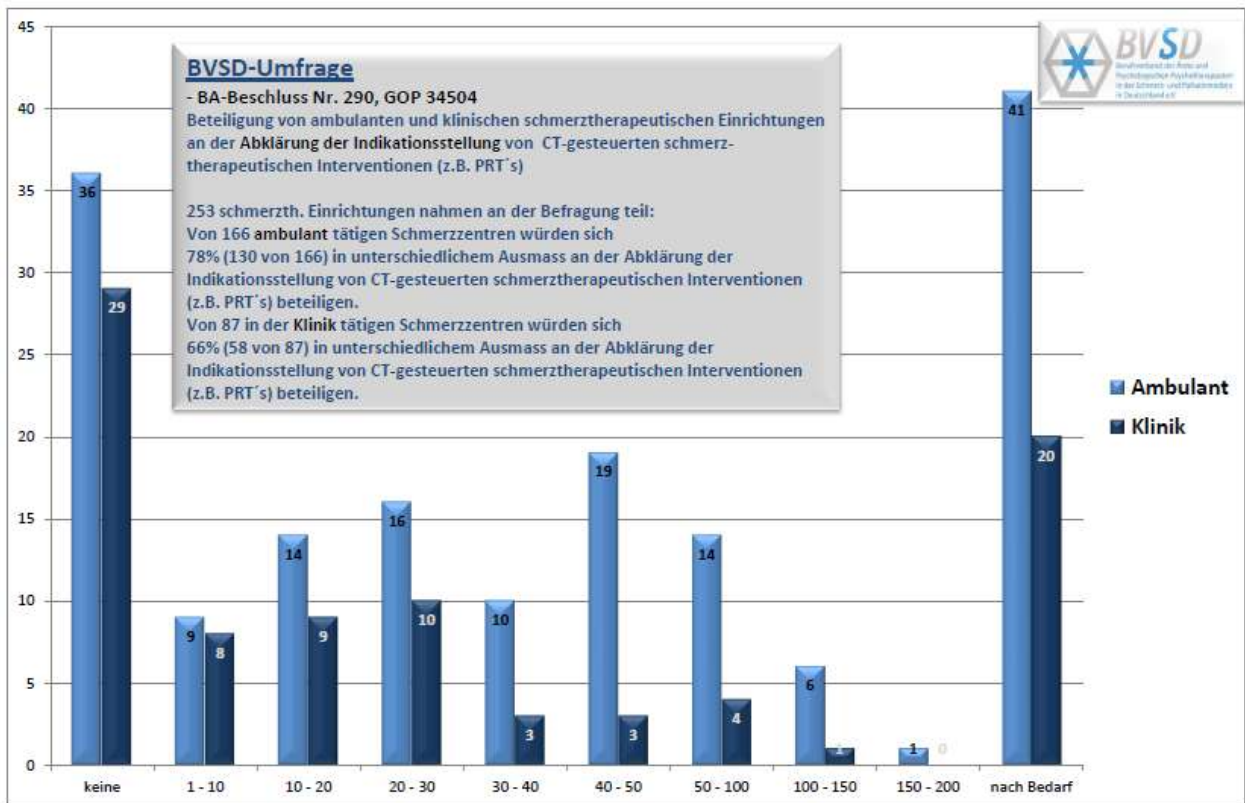


Tabelle 1

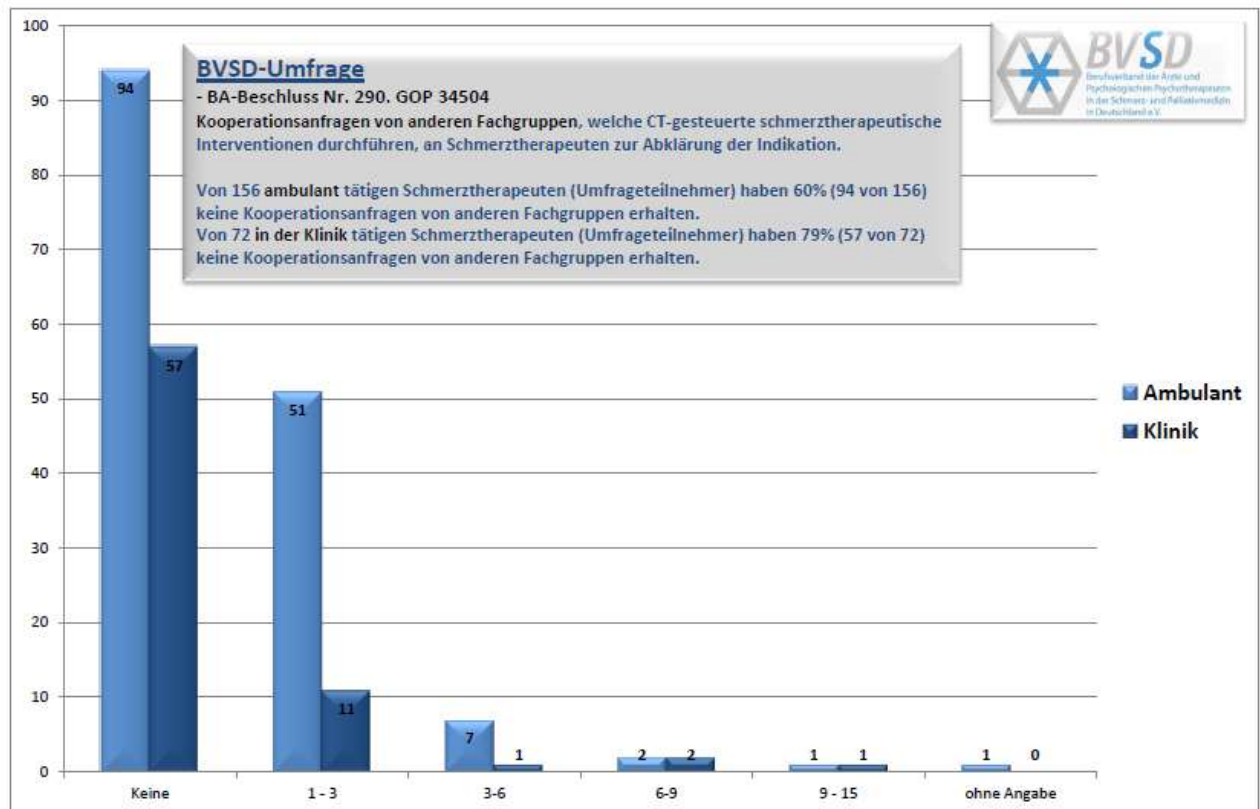


Tabelle 2



## C: Lösungsvorschlag

### I. QSV-Schmerzeinrichtungen zur Indikationsprüfung CT - gesteuerte wirbelsäulennahe Interventionen

Folgende Maßnahmen werden vom BVSD vorgeschlagen, um die schmerztherapeutische Versorgung von Patienten in Deutschland sicherzustellen:

Bildung eines Leistungskomplexes

Inhalt:

1. Sichtung der verfügbaren Vorbefunde (10 Min.)
2. Anamnese inkl. psychosoziale Exploration, körperliche Untersuchung neurolog.-orthopäd.-internistisch mit Abklärung von red flags, standardisierte Instrumentarien: MPSS, HKF oder Dt.Schmerzfragebogen, mit Abklärung von yellow flags (60 Min.)
3. Aufklärung und Therapieempfehlung, Bericht (15 Min.)

### II. Vergütung

#### 1. Indikationsprüfung CT - gesteuerte wirbelsäulennahe Interventionen

Pauschalvergütung für den Leistungskomplex Punkt C, I (Indikationsprüfung) nach Euro-EBM zum BOP unter Beachtung der Fallzahlobergrenze (QSV) von regelhaft 300 Pat./Quartal kalkuliert analog des EBM-Kap.30.7.1 (30700 oder vergleichbare Ordinationsziffern, z.B. 30702+ggf. 30704+30708x2), Abrechnung über KV unter Pseudoziffer, bundeseinheitlich EGV

#### 2. QSV-Schmerztherapieeinrichtungen zur Durchführung weiterer multimodaler Schmerztherapie

Reguläre Abrechnung nach EBM; Abrechnung auch im selben Quartal neben der Pseudoziffer nach Punkt 1. möglich, wenn nach Indikationsprüfung Durchführung multimodaler Schmerztherapie

### III. Hinweise zum Vorgehen Indikationsprüfung nach BA-Beschluss Nr. 290

#### Diagnose „radikulärer Schmerz“

##### 1. red flags positiv

Weitervermittlung der Patienten in fachspezifische, intensiviertere Versorgung, z.B. Neurochirurgie stationär. Ergebnismitteilung von Schmerztherapeuten an Überweiser, damit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt.

##### 2. diskrete radikuläre Symptomatik (z.B. Paresegrad 4/5; Kribbelparästhesien)

Falls noch nicht oder unzureichend erfolgt: konservative Therapie mit Analgesie, Physiotherapie, ggf. mit oraler Corticoidtherapie (z.B. 8 mg Fortecortin initial), dazu Rücküberweisung zum Überweiser/Hausarzt mit Wiedervorstellung dort möglichst innerhalb von 5 Tagen: Änderung der Symptomatik? Bei zwischenzeitlich verstärkten radikulären Symptomen: erneute Prüfung auf red flags; ansonsten Fortführung kon-

4

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Bonn; stellv. Vorsitzende: Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf, Göttingen;  
Schriftführer: Dr. Hubertus Kayser, Bremen; Schatzmeister: Dr. Bernhard Arnold, Dachau;  
weitere Mitglieder des Vorstands: Dr. Michael Schenk, Berlin; Dr. Jochen Leifeld, Rendsburg,

servative Therapie; somit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt, ggf. mit Angebot zur Weiterführung multimodaler Schmerztherapie.

Falls nach 4 Wochen unter leitlinienorientierter konservativer Therapie (NVL Kreuzschmerz) und ständiger Kontrolle keine Symptomlinderung bzw. Funktionsverbesserung: Indikationsstellung zur PRT. Damit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt, zudem Angebot zur Weiterführung multimodaler Schmerztherapie.

### **3. yellow flags positiv / Rückenschmerz mit chronischer radikulärer Symptomatik**

Leitlinienorientierte konservative Therapie (NVL Kreuzschmerz), dazu Rücküberweisung zum Überweiser/Hausarzt mit Wiedervorstellung dort möglichst innerhalb von 5 Tagen: Änderung der Symptomatik? Bei zwischenzeitlich aufgetretenen radikulären Symptomen: Vorgehen wie 1) oder 2); Ggf. Angebot zur Durchführung multimodaler Schmerztherapie inkl. Edukation, ggf. zusätzliche Psychotherapie. Somit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt.

### **4. chronischer nicht-spezifischer Schmerz**

Keine Indikation für PRT, da keine strukturelle Läsion nachweisbar.

Leitlinienorientierte konservative Therapie (NVL Kreuzschmerz), dazu Rücküberweisung zum Überweiser/Hausarzt mit Wiedervorstellung dort möglichst innerhalb von 5 Tagen: Änderung der Symptomatik? Bei zwischenzeitlich aufgetretenen radikulären Symptomen: Vorgehen wie 1) oder 2); Ggf. Angebot zur Durchführung multimodaler Schmerztherapie inkl. Edukation, ggf. zusätzliche Psychotherapie. Somit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt.

### **5. pseudoradikulärer/lokaler Schmerz**

Klinischer Hinweis auf Facettgelenksaffektion (umschriebene Schmerzlokalisierung, Schmerzverstärkung bei Gelenkbelastung):

Leitlinienorientierte konservative Therapie (NVL Kreuzschmerz), dazu Rücküberweisung zum Überweiser/Hausarzt mit Wiedervorstellung dort möglichst innerhalb von 5 Tagen: Änderung der Symptomatik? Bei zwischenzeitlich aufgetretenen radikulären Symptomen: Vorgehen wie 1) oder 2); Ggf. Angebot zur Durchführung multimodaler Schmerztherapie.

Falls nach 4 Wochen unter leitlinienorientierter konservativer Therapie (NVL Kreuzschmerz) und ständiger Kontrolle keine Symptomlinderung bzw. Funktionsverbesserung: Indikationsstellung zur Facettgelenksblockade (yellow flags beachten!). Damit Zielauftrag „Indikationsprüfung“ erledigt.

BVSD-Vorstand  
Berlin, den 1.3.13

*Der über seine Landesverbände bundesweit organisierte BVSD vertritt die berufspolitischen Interessen aller schmerztherapeutisch und in der Palliativmedizin tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten und setzt sich für die weitere qualitative und strukturelle Entwicklung der Allgemeinen und Speziellen Schmerztherapie und der Palliativmedizin ein.*

KBV-Kompetenzzentrum Labor, Neumeysterstr. 28-34, 90411 Nürnberg

An die  
Kassenärztlichen Vereinigungen

**Kassenärztliche Bundesvereinigung**  
**Dezernat 3**  
**Vergütung, Gebührenordnung**  
**und Morbiditätsorientierung**

**Leiter Geschäftsbereich**  
**Kompetenzzentrum Labor**  
**PD Dr. Christian Götting**  
Neumeysterstraße 28-34  
90411 Nürnberg

Tel.: 0911 – 800 90 – 110  
Fax: 0911 – 800 90 – 101  
[CGoetting@kbv.de](mailto:CGoetting@kbv.de)  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

13.03.2013  
gö/mm

### **Stellungnahmen des Kompetenzzentrums Labor ab jetzt auch online verfügbar**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Kompetenzzentrum Labor unterstützt Kassenärztliche Vereinigungen bei allen Fragen im Laborbereich und erstellt zu den angefragten Themen fachliche Stellungnahmen und Expertisen.

Wie in unserem Schreiben vom 12. Februar 2013 angekündigt, stehen die Stellungnahmen des KBV-Kompetenzzentrums Labor ab sofort auch in komprimierter und von persönlichen Daten bereinigter Form in einem zugangsgeschützten Bereich online zur Verfügung (<https://eservice.kbv.de>).

Die spezifischen Zugangsdaten für Ihre Kassenärztliche Vereinigung haben wir vereinbarungsgemäß dem von Ihnen benannten Ansprechpartner mitgeteilt.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. Christian Götting  
Dezernent

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### IT in der Arztpraxis

März 2013

### Praxisverwaltungssoftware: Neuerungen und Informationen zum zweiten Quartal 2013

Mit dem Beginn des zweiten Quartals wird es in Ihrer Praxisverwaltungssoftware eine wichtige Neuerung geben: Die Formulare 13, 14 und 18 zur Heilmittelverordnung besitzen dann ein spezielles Feld für den ICD-10-Code. Wir möchten Ihnen diese Ergänzung nachfolgend näher erläutern.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen einen Überblick über die Vorteile der Blankoformularbedruckung und informieren Sie über Auswirkungen des kürzlich in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes speziell auf die Praxisverwaltungssoftware.

#### Neue Vordrucke zur Heilmittelverordnung – Muster 13, 14 und 18

Die Verordnungsvordrucke für den Bereich Heilmittel – Muster 13, 14 und 18 – werden ab dem 1. April 2013 um ein Feld ergänzt, in dem der ICD-10-Code angegeben wird. Dies dient der Kennzeichnung der Heilmittelverordnungen als Praxisbesonderheiten: Ärzte müssen hierfür seit dem 1. Januar 2013 sowohl den ICD-10-Code als auch den Indikationsschlüssel auf dem Formular angeben. Hintergrund sind die neuen Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geeinigt hatten. Auf den Vordrucken fehlte jedoch bisher ein eigenes Feld für den ICD-10-Code. Sie finden es ab dem 1. April 2013 auf den genannten Mustern 13, 14 und 18 unterhalb des Feldes für den Indikationsschlüssel.

Solange die Anpassung in Ihrer Praxissoftware noch nicht erfolgt ist, tragen Sie den ICD-10-Code bitte handschriftlich unter dem Indikationsschlüssel ein. Restbestände der bisherigen Muster 13, 14 und 18 können noch aufgebraucht werden.

Die Verordnungsvordrucke finden Sie im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) (Startseite/Rechtsquellen/Bundesmantelverträge/Anlage 2). Auch die Praxisinformation zum Thema Praxisbesonderheiten und langfristiger Heilmittelbedarf steht im Internet zur Verfügung (Startseite/Mediathek/Praxisinformationen).

Neu: Feld zur  
Angabe des  
ICD-10-Codes



### Blankoformularbedruckung – Profitieren Sie von den Vorteilen

Zahlreiche Praxen nutzen bereits die Blankoformularbedruckung (BFB), die es seit mittlerweile zehn Jahren für vertragsärztliche Formulare gibt. Mit Hilfe des Praxisverwaltungssystems können Praxen Formulare auf Basis einer vorgegebenen Druckvorlage selbst erstellen. Das freiwillige Verfahren hat viele Vorteile, die wir für Sie nachfolgend zusammengestellt haben:

- Sie können bei der Bedruckung vertragsärztlicher Formulare auf laute Nadeldrucker verzichten, weil die BFB mit einem geräuscharmen Laserdrucker funktioniert. Unser Tipp: Verwenden Sie einen eigenen Papierschacht für konventionelle Rezept-Vordrucke.
- Sie brauchen Ihre Vordrucke nicht mehr lagern, sondern benötigen lediglich Sicherheitspapier in den gängigen DIN-Größen. Das benötigte Sicherheitspapier ist für die Arztpraxis kostenfrei. Sie erhalten es – je nach Region – bei der KV, der AOK oder beim Formularverlag.
- Sie müssen sich nicht mehr darum kümmern, den richtigen Vordruck in den Drucker einzulegen. Die praxisüblichen Mehrschicht-Laserdrucker können einfach mit dem Sicherheitspapier gefüllt und die Formularinhalte darauf ausgedruckt werden.
- Sie bekommen mit dem Quartalsupdate immer die aktuellen elektronischen Formularversionen in Ihre Praxis. Ihr Vorteil: Sie müssen keine Fristen bei der Gültigkeit der Vordrucke beachten.
- Einige Daten werden über einen aufgedruckten Barcode maschinenlesbar bereitgestellt. Die Datenerfassung wird besonders bei Laboraufträgen in den Einsendepraxen vereinfacht.
- Sie können insgesamt sowohl sicherer als auch effizienter arbeiten und es kommt zu weniger Rückfragen beim überweisenden Arzt.

### Der erste Schritt: Informationen und Genehmigung einholen

Wenn Sie sich für die Blankoformularbedruckung interessieren, erkundigen Sie sich am besten bei Ihrem Softwarehaus, für welche BFB-Muster Ihr Praxisverwaltungssystem zertifiziert ist, welche Laserdrucker kompatibel sind und ob bei der Nutzung des BFB-Verfahrens zusätzliche Vertragskosten entstehen. Weiterhin ist es erforderlich, dass Sie bei Ihrer KV einen Antrag für die Nutzung des Verfahrens stellen – Sie erhalten anschließend eine schriftliche Genehmigung. Das entsprechende Antragsformular ist auf der Internetseite Ihrer KV abrufbar. Im Anschluss können Sie das benötigte Sicherheitspapier bestellen.

### Tipp: Funktion „Eco-Print“ vermeiden

Wenn Sie die BFB bereits nutzen, sollten Sie darauf achten, dass Ihr Laserdrucker nicht im Modus zur Reduzierung des Tonerverbrauches betrieben wird. Durch die sogenannte „Eco-Print“-Funktion wird die maschinelle Lesbarkeit des Barcodes erheblich eingeschränkt.

Formulare werden mit Laserdrucker auf Blanko-Sicherheitspapier gedruckt

Antrag bei der KV



### Patientenrechtegesetz – Darauf sollten Sie bei der Software achten

Das neue Patientenrechtegesetz (BGB) ist mit der Verkündung im Bundesgesetzblatt am 26. Februar 2013 in Kraft getreten. Das bedeutet für Ärzte, dass sie für die Dokumentation der Behandlung eine Patientenakte führen müssen. Die meisten Ärzte tun dies bereits jetzt elektronisch.

Aus Sicht der Datenverarbeitung möchten wir Sie insbesondere auf zwei Paragraphen aufmerksam machen: Paragraph 630f BGB zur ärztlichen Dokumentationspflicht und Paragraph 630g BGB zur Einsichtnahme des Patienten in die Patientenakte.

### Alle Änderungen in der elektronischen Akte müssen nachvollziehbar sein

Für die Dokumentation der Behandlung muss der behandelnde Arzt eine Patientenakte zu diesem Zweck führen. Dies kann auf Papier oder elektronisch erfolgen. Alle Änderungen und Löschungen in der Patientenakte, unabhängig ob elektronisch oder handschriftlich geführt, müssen nachvollziehbar sein. Das heißt, der ursprüngliche Inhalt muss erkennbar bleiben und Änderungen müssen mit einem Datum versehen sein. Informieren Sie sich gegebenenfalls bei Ihrem PVS-Hersteller, wie die technische Umsetzung für Ihr PVS-System geplant ist.

### Patient darf einen Ausdruck seiner elektronischen Akte verlangen

Der Patient hat das Recht, seine Patientenakte einzusehen – es sei denn, dem stehen therapeutische Gründe entgegen. Er kann eine Abschrift der Patientenakte verlangen, muss allerdings die Kosten dafür tragen. Auch hier empfiehlt es sich für Sie, bei Ihrem PVS-Hersteller nachzufragen, welche technische Unterstützung für den Ausdruck der Unterlagen vorgesehen ist. Achten Sie darauf, dass das Ihnen unterbreitete Angebot auf das Anwendungsgebiet des Patientenrechtegesetzes zugeschnitten ist und nicht sonderlich darüber hinausgeht.

Eine vollständige Auflistung der Paragraphen aus dem Gesetz sowie eine Bewertung finden Sie im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) (Startseite/Politik/Gesetzgebungsverfahren/Patientenrechtegesetz).

### Mehr Informationen

Weiteres zur IT in der Arztpraxis finden Sie auf der KBV-Internetseite unter [www.kbv.de/service/24828.html](http://www.kbv.de/service/24828.html). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre KV oder an die KBV (E-Mail: [ita@kbv.de](mailto:ita@kbv.de), Tel. 030 4005-2077).

Paragraf 630f BGB  
und  
Paragraf 630g BGB

Angebote vor dem  
Kauf sorgfältig  
sondieren

E-Mail: [ita@kbv.de](mailto:ita@kbv.de)  
Tel. 030 4005-2077



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

15. März 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Newsletter möchten wir Sie über den Dokumentationsbeginn im Bereich QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder sowie die neueste Version der UV-GOÄ informieren.

### **Dokumentationsbeginn im Rahmen der QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder**

Mit unserem Schreiben vom 15. Februar 2013 haben wir Sie über die Einführung der elektronischen Dokumentation im Rahmen der QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder informiert. Den darin mitgeteilten Termin für den Beginn der elektronischen Dokumentation möchten wir nun bestätigen. Die Dokumentation beginnt am 1. Juli 2013. Alle entsprechenden Dokumente finden Sie unter: <ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Medizinische-Dokumentationen/Hoergeraeteversorgung-Kinder/>.

### **Aktualisierte Fassung der Gebührenordnung für Ärzte**

Die aktuellen Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger finden Sie im Bereich der KBV Homepage unter: <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2350.html>. Ebenda finden Sie auch die neueste Version der Gebührenordnung für Ärzte (UV-GOÄ).

Für weitere Fragen und Informationen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dezernat 6 - Informationstechnik, Telematik und Telemedizin  
Entwicklung

[ita@kbv.de](mailto:ita@kbv.de)  
(030) - 4005 - 2077