

KVBINFOS 2016



Bild: iStockphoto.com/diego_carvo

JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2016

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung der Chronikerpauschale	1-2/8	Die nächsten Zahlungstermine	10/150
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016	3/30	Die nächsten Zahlungstermine	11/170
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016	4/50	Die nächsten Zahlungstermine	12/186
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016	6/86	EBM: Aufnahme Kapitel 37 und 38 zum 1. Juli 2016	9/130
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016	7-8/110	EBM-Änderung bei Humangenetik und Pathologie zum 1. Juli 2016	9/129
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016	9/126	EBM-Anpassung an Soziotherapie-Richtlinie	5/69
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016	10/150	eGK für Asylbewerber	7-8/114
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2015	1-2/2	eGK für Asylbewerber – Hinweise zur Abrechnung	3/31
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2016	12/186	Eintrag des Erstveranlassers auf Muster 10	4/52
Abrechnungsausschlüsse zu GOP 04410	5/68	GOP 06225 – Strukturpauschale rechtmäßig	5/70
Abrechnung der Spirometrie	4/52	GOP 32097 um MR-Pro-ANP erweitert	9/131
Änderung der Mutterschafts-Richtlinien	1-2/11	Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB	5/66
Änderungen der Kinder-Richtlinie	7-8/112	Hochvolttherapie – GOPen 25320 bis 25323	5/67
Änderungen des EBM zum 1. April 2016	3/35	Informationen zum Honorarverteilungs- maßstab (HVM), Stand 1. Juli 2016	9/128
Änderungen des EBM zum 1. Januar 2016	3/33	Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2016	1-2/4
Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016	6/88	Job-Sharing: Änderungen der Bedarfsplanungs- Richtlinie	11/174
Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016	10/152	Kinder-Richtlinie und Screening auf Mukoviszidose	9/132
Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016	11/170	Kniegelenk-Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt	3/32
ASV-Abrechnungsvereinbarung ab 1. Juli 2016	10/153	Korrektur: Übersicht fachärztliche Zuschläge für Medikationsplan	12/189
Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2016	1-2/7	Künstliche Befruchtung – Kostenübernahme	5/68
Berechnungsfähigkeit oraler Glukosetoleranztest	9/131	Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2016	1-2/3
Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2	Laborquote „Q“ für das zweite Halbjahr 2016	7-8/113
Die nächsten Zahlungstermine	3/30	Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2016	10/153
Die nächsten Zahlungstermine	4/50	Mutterschaftsvorsorge im höheren Alter	1-2/11
Die nächsten Zahlungstermine	5/66		
Die nächsten Zahlungstermine	6/86		
Die nächsten Zahlungstermine	7-8/110		
Die nächsten Zahlungstermine	9/126		

	Ausgabe/Seite
Neubewertung der antrags- und genehmigungs- pflichtigen Psychotherapie	1-2/11
Neugeborenen-Untersuchungen U1 und U2	6/92
OPS-Code auch bei Simultaneingriffen notwendig	1-2/11
Organisierter Bereitschaftsdienst – GOP 01418	5/69
PET, PET/CT – Kooperationspartner	5/69
Planung der Geburtsleitung nicht neben GOP 01770	5/68
Sammelerklärung	6/87
Sammelerklärung	7-8/111
Urteil LSG Rheinland-Pfalz zu Widersprüchen einer KV	6/93
Vergütung der Samstagssprechstunde, GOP 01102 EBM	11/173
Vergütung von Sachkosten in der ASV	12/188
Verlängerung der HNO- und Phoniatrie- Leistungen	1-2/12
Wirtschaftlichkeitsprüfung – Praxis- besonderheiten	12/188
„Z“-Kennzeichnung bei Anästhesien	7-8/113

	Ausgabe/Seite
ALLGEMEINES	
Abwesenheitsmitteilung und Urlaubsvertretung	7-8/117
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	3/42
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)	6/101
Chronikerbescheinigung – neues Formular Muster 55	10/161
Haus- und Facharztthesauren aktualisiert	4/58
Neue Kennziffer zur Kennzeichnung von ASV-Patienten	1-2/21
Neue Vereinbarung „Gesund schwanger“	7-8/118
Rechenschaftsbericht der KVB	1-2/18
Übersendung ärztlicher Unterlagen an den MDK	4/58
IT IN DER PRAXIS	
Abschied von KV-Ident	11/180
Aktivierung KV-Ident Plus Token	3/42
Aktuelles zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte	1-2/16
Auslaufende eGK Kartenterminals	1-2/17
Beendigung des KV-Ident Verfahrens	7-8/119
D2D-Abschaltung	5/78
D2D-Migration vor dem Abschluss	9/141
Einstellung des KV-Ident Verfahrens	4/57
Ende des KV-SafeNet*- Förderprogramms	11/180
Ende des KV-SafeNet*-Förderprogramms	12/193
KBV-Fortbildungsportal nicht erreichbar	9/141
KBV-Fortbildungsportal weiterhin nicht erreichbar	12/193
KV-Ident Ablösung	9/140
KV-Ident Plus – schon über 13.000 Bestellungen	1-2/17
KV-SafeNet*-Förderung	9/140

	Ausgabe/Seite
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	4/56
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	10/160

QUALITÄT

Änderung Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	10/157
Anpassung der Ultraschallvereinbarung zum 1. Oktober 2016	11/179
Begehungen in Arztpraxen der Dermatologie	10/158
Begehungen in Arztpraxen: Informationen von KVB und KBV im Internet	10/159
Bonuszahlung für DMP Online-Fortbildung	3/40
DMP-Feedbackberichte für das zweite Halbjahr 2016	10/158
DMP-Feedbackberichte für zweites Halbjahr 2015	4/55
Einheitliche Anforderungen für Praxen und Krankenhäuser	6/96
Musterhygieneplan gastroenterologische Praxen	9/138
Neue QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik	6/97
Neue QS-Vereinbarung „Holmium-Laser“	3/40
Neue Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT	9/138
QS-Vereinbarung „Hörgeräteversorgung“	3/40
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse	6/99
Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur	1-2/16
Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA	7-8/116
Qualitätssicherungsvereinbarung Rehabilitation	7-8/117
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Start PCI zum 1. Januar 2016	1-2/15

Ausgabe/Seite

SEMINARE

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau	10/163
Expertengespräch Ärztliche Leichenschau	11/181
Reanimation – Seminare für das Praxisteam	9/142
Refresher Notfalltraining für das Praxisteam	12/196

VERORDNUNGEN

Änderung der Heilmittel-Vordruckmuster	12/190
Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie	4/55
Änderungen der Wirkstoffziele	7-8/114
Arzneimittel-Richtlinie	11/176
Arzneimittelverordnungen und Datenschutz	11/176
Besondere Ordnungsbedarfe	12/191
Blutzuckerteststreifen	5/72
Brintellix®: Marktrücknahme zum 15. August 2016	9/137
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	12/190
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	1-2/13
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	3/38
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	4/53
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	5/71
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	9/133
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	10/154
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	12/191
FAQ zu Heilmitteln	6/95
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	4/53
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	5/73
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	10/155
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	12/192

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen	10/156	Sicherheitskanülen und -lanzetten	6/95
Frühe Nutzenbewertungen	7-8/115	Sprechstundenbedarf in Heimen zur Akutversorgung	5/77
Genehmigungspflicht für Reha-Verordnung	3/39	Sprechstundenbedarf: Sperrfrist	9/134
Glukosetoleranztest	4/54	Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung	4/55
Gültigkeit von Verordnungen	10/156	Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung	9/135
Häusliche Krankenpflege: Ausfüllhilfe und FAQs	3/38	Switching	6/94
Heilmittel bei voneinander unabhängigen Krankheiten	11/177	Verordnung und Abgabe von Importarzneimitteln	9/136
Heilmittel: Praxisbesonderheiten – Kodierung präzisiert	5/75	Verordnung von Blutzuckerteststreifen	1-2/14
Heilmittelverordnungen bei Reha-Sport	11/177	Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen	1-2/13
Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung	12/192	Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen	5/72
Kontrazeptiva: Thromboserisiko	10/156	Verordnung von Spacern für Dosieraerosole	5/76
Krankenhaus-Entlassmanagement	12/192	Verordnung von Vitamin D-Präparaten	5/74
Krankentransport-Richtlinie	7-8/115	Verordnungen für medizinische Rehabilitation	11/177
Mangelhafte Arzneimittelstudien	10/155	Verordnungseinschränkung für Glinide ab 1. Juli 2016	5/73
Mistelpräparate	9/136	Voltaren Resinat® – Eingruppierung als Original	3/39
Muster 16a (Sprechstundenbedarfsrezept)	11/176	Wirkstoffvereinbarung: Liste für Generikaziele	3/38
Nasale Gripeschutzimpfung für Kinder	11/178	Wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln	3/38
Natalizumab	5/74	Wunscharzneimittel	6/94
Neue Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“	1-2/13	Xultophy®: Marktrücknahme zum 1. August 2016	9/137
Neues T-Rezept ab 1. Februar 2016	4/54	Zuweisungsverbot	1-2/14
Parenterale Ernährung	4/54	Zuzahlung für Patienten – Höhe und Regelungen	11/175
Patientenhinweise	11/179	Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2016	9/132
Personenidentität von LANR und Arztunterschrift auf Verordnungsblatt	9/133		
Rehabilitations-Richtlinie	7-8/115		
Rückforderungen wegen hoher Verordnungsmengen	5/76		
Saugende Inkontinenzhilfen	7-8/116		
SGLT-2-Inhibitoren und Ketoazidose	5/74		

KVBIINFOS

01|16
02|16

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2015
- 3 Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2016
- 4 Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2016
- 7 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2016
- 8 Abrechnung der Chronikerpauschale
- 9 Neubewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- 11 OPS-Code auch bei Simultaneingriffen notwendig
- 11 Änderung der Mutterschaftsrichtlinien
- 11 Mutterschaftsvorsorge im höheren Alter
- 12 Verlängerung der HNO- und Phoniatrie-Leistungen

VERORDNUNGEN

- 13 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 13 Neue Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“
- 13 Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen
- 14 Verordnung von Blutzucker-teststreifen
- 14 Zuweisungsverbot

QUALITÄT

- 15 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Start PCI zum 1. Januar 2016
- 16 Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

IT IN DER PRAXIS

- 16 Aktuelles zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- 17 Auslaufende eGK Karten-terminals
- 17 KV-Ident Plus – schon über 13.000 Bestellungen

ALLGEMEINES

- 18 Rechenschaftsbericht der KVB
- 21 Neue Kennziffer zur Kennzeichnung von ASV-Patienten

SEMINARE

- 22 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 24 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 25 Notfalltraining für das Praxisteam
- 26 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

11. Januar 2016
Abschlagszahlung Dezember 2015

29. Januar 2016
Restzahlung 3/2015

10. Februar 2016
Abschlagszahlung Januar 2016

10. März 2016
Abschlagszahlung Februar 2016

11. April 2016
Abschlagszahlung März 2016

29. April 2016
Restzahlung 4/2015

10. Mai 2016
Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2015

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2015 bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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
- 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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2016

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 Sammelklärung 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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

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

Für das erste Halbjahr 2016 beträgt die Abstaffelungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/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

Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2016

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*.

Die Vertreterversammlung der KV Bayerns hat am 21. November 2015 einen neuen HVM beschlossen, in dem die Honorarverteilung ab dem Quartal 1/2016 geregelt wird. Beibehalten wird dabei die seit Anfang 2013 bekannte Obergrenzensystematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

Überblick über die wichtigsten Änderungen:

I. HVM-Änderungen aufgrund GKV-VSG

1. Terminservice-Stellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen für die Vermittlung fachärztlicher Termine einzurichten. Für den HVM relevant ist die Frage, wie mit Fallzahlsteigerungen umzugehen ist, die bei einem Arzt aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle entstanden sind. Hier sieht der HVM die Möglichkeit vor, dass auf Antrag die über die Terminservicestelle vermittelten Fälle bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung berücksichtigt werden. Die KVB wird die Terminservicestelle im gesetzlichen Rahmen umsetzen. Weitere Informationen standen in der Dezemberausgabe 2015 unseres Mitgliedermagazins KVB FORUM.

2. Förderung Weiterbildung

Die Förderung der Weiterbildung wurde auf die fachärztliche Versorgung erweitert. Dazu sind einige Vorbereitungen nötig, unter anderem eine entsprechende Vereinbarung auf Bundesebene. Der HVM bereitet hier flankierend bereits den Weg, durch Mitarbeit eines Weiterbildungsassistenten die Praxistätigkeit eingeschränkt ausdehnen zu können: Mit dem Ansatz der aktuellen Fallzahl in der Obergrenze ist dies grundsätzlich heute bereits möglich. Sollte es aber zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung oder Fallwertminderung kommen, kann der Weiterbildende künftig einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze stellen. Die KVB wird dazu ihre Mitglieder informieren, wenn die Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen wurden.

3. Fachgleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

MVZ dürfen nun auch gegründet werden, wenn sie fachgleich sind. Dazu wurde eine Definition des Begriffs „fachübergreifend“ im SGB V gestrichen, auf die im HVM in anderem Zusammenhang Bezug genommen wurde. Daher musste der HVM im Rahmen der Regelungen zum BAG-Zuschlag entsprechend angepasst werden.

4. Praxisnetze

Für anerkannte Praxisnetze müssen im HVM „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorgesehen werden (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V). Deshalb sieht der HVM ab 1. Januar 2016 einen sogenannten „Netzaufschlag“ vor: Jeder Arzt, der Teilnehmer eines (oder mehrerer) von der KVB anerkannten Praxisnetzes ist, erhält je Quartal einen Netz-

aufschlag in Form einer Erhöhung der Obergrenze (aus RLV und QZV) in Höhe von 125,- Euro. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend. Sollte die Zahl der Netzärzte so ansteigen, dass die Summe der Netzaufschläge ein rechnerisches Volumen von 250.000 Euro übersteigt, ist eine Quotierung des Aufschlags vorgesehen. Der Netzaufschlag wird automatisch von der KVB zugesetzt.

II. Anpassungen bei den Leistungstopfen

1. Quotierungsregelung für Besuche im Bereitschaftsdienst wird fortgeführt

Um die übrigen im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen vor einer möglichen Dynamik der im EBM aufgewerteten GOP 01418 zu schützen, wurde im HVM 2015 für diese GOP ein eigenes Honorarvolumen („Topf im Topf“) mit Quotierungsmöglichkeit eingeführt. Diese Regelung wird auch im HVM ab 2016 unverändert beibehalten.

2. Änderungen im Leistungstopf „Humangenetik“

Zum 1. Oktober wurden in den EBM neue humangenetische Beurteilungsleistungen (GOP 11233 bis 11236) aufgenommen (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung). Zur Gegenfinanzierung erfolgte eine Abwertung molekulgene-tischer GOP des Abschnitts 11.4 sowie Änderungen bezüglich der GOPen 11320 bis 11322. Zudem wurden die GOPen 11231, 11232 und 11220 gestrichen (weitere Details siehe KVB INFOS 9/2015). In Umsetzung des Beschlusses

hat die KBV ihre Vorgaben zum Grundbetrag „genetisches Labor“ an die neue Beschlusslage angepasst. Als letzter Schritt war es nun auch erforderlich, den HVM entsprechend anzupassen. Die Grundsystematik hat sich aber dabei nicht geändert. Weiterhin werden die humangenetischen Leistungen aus einem Leistungstopf mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent vergütet. Die neuen GOPen 11233 bis 11236 werden dabei ab Quartal 1/2016 grundsätzlich als freie Leistungen zu den Preisen der B€GO gezahlt. Eine Vergütung der GOPen 11233 bis 11236 als freie Leistungen, also zu 100 Prozent, ist allerdings dann nicht möglich, wenn die Mindestquote „gestützt“ werden muss, das heißt, wenn Gelder aus den Rückstellungen verwendet werden müssen, um eine Mindestquote von 85 Prozent zu gewährleisten. In diesem Fall unterliegen auch die GOPen 11233 bis 11236 der Quotierung.

3. Änderung der Quotierungsregelung im Leistungstopf restliche psychotherapeutische Leistungen

Aus diesem Leistungstopf werden diejenigen „Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien“ vergütet, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) bezahlt werden. Für diesen Leistungstopf sieht der HVM 2016 weiterhin eine Quotierungsuntergrenze in Höhe von

85 Prozent vor. Die bis Ende 2015 geltende modifizierte Quotenberechnung entfällt.

III. Ergänzende Regelung bei der Fallzahlzuwachsbegrenzung

Umgang mit Fallzahlschwankungen aufgrund flexibler Ferientage (sogenannter „Ostereffekt“)

In der Vergangenheit ist es bei einzelnen Fachgruppen zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung gekommen, bei der der sogenannte „Ostereffekt“ eine wesentliche Rolle gespielt hat. „Ostereffekt“ bedeutet, dass es in den Praxen durch den wechselnden Zeitraum der Osterferien im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres zu nicht beeinflussbaren Fallzahlschwankungen kommen kann. Der HVM ab 1. Januar 2016 sieht hierfür nun eine Modifikation im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung vor. Grundsätzlich gilt weiterhin, dass ein Arzt unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung fällt, wenn sowohl bei der Fachgruppe als auch beim Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal die Fallzahlen um mehr als drei Prozent zugenommen haben. Um aber dem „Ostereffekt“ entgegenzuwirken, wird der zulässige Zuwachs in Höhe von drei Prozent um einen gewissen Prozentsatz angepasst. Der Prozentsatz ergibt sich dabei aus einer Formel, die das Verhältnis der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag zum Ausgangspunkt nimmt. Steigen die ferien- und feiertagsfreien Wochentage um mehr als zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal an, dann wird eine höhere Fallzahlsteigerung zugelassen. Die Höhe des dann zulässigen Zuwachses kann in den betroffenen Quartalen jeweils unterschiedlich sein und wird bei

der Erstellung der Abrechnung jeweils entsprechend automatisch durch die KVB berücksichtigt.

Beispiele:

- Die bayerischen Osterferien werden im Jahr 2016 fast ausschließlich im Quartal 1/2016 liegen. Dagegen werden die Osterferien im Jahr 2017 fast ausschließlich im Quartal 2/2017 liegen.
- Ermittelt wird zunächst die Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Tage zwischen Montag und Freitag. Im Quartal 1/2016 liegt diese bei 47 Tagen, im Quartal 1/2017 bei 55 Tagen. Somit ist die Veränderung im Quartal 1/2017 größer als zehn Prozent.
- In diesen Fällen greift die neu in den HVM aufgenommene Formel. Am Beispiel für das Quartal 1/2017 wird sich nach der Formel für den einzelnen Arzt nicht ein zulässiger Zuwachs in Höhe von drei Prozent, sondern von etwas mehr als fünf Prozent ergeben.

IV. Fachgruppenspezifische Änderungen

1. Fachärzte für Anästhesiologie: Anästhesiologische Leistungen, also vor allem Narkosen, die im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen von „Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie“ erbracht werden, müssen nach den Vorgaben des GKV-VSG von mengenbegrenzenden Maßnahmen des HVM freigestellt werden. Über die weiteren Details haben wir die Fachgruppe der Anästhesisten in einem Sonderrundschreiben vom 25. November 2015 informiert.

2. Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Viszeralchirurgie:
Das QZV „Behandlung von Hämorrhoiden“ (GOP 30610, 30611) wird gestrichen. Ab 1. Januar 2016 können diese beiden Leistungen innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
3. Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie:
 - Das QZV „Angiographie und Intervention“ (GOPen 34283, 34286) wird gestrichen. Ab 1. Januar 2016 können diese beiden Leistungen innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
 - Neue Regelung für die GOPen 33072 und 33075. Diese beiden GOP fallen weiterhin in das QZV „Sonographie Gefäße Gefäßchirurgie“. Bei gesicherter Diagnose Thrombose (I80.9 und I82.9) erfolgt die Vergütung innerhalb des Fachgruppentopfes als freie Leistung.
4. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:
Die bisher im RLV enthaltenen GOPen 30610 und 30611 (Behandlung von Hämorrhoiden) können ab 1. Januar 2016 innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
5. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie:

Ab 1. Januar 2016 wird für die Fachgruppe ein neues QZV Ergospirometrie (GOP 13660) eingeführt. Der sich für dieses neue QZV ergebende kalkulatorische Fallwert 2016 findet sich ab 1. Dezember 2015 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

6. Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie sowie Fachärzte für Nuklearmedizin:
Für die Fachgruppe der Radiologen und Nuklearmediziner sieht der HVM zwei Sonderregelungen in Hinblick auf den kalkulatorischen RLV-Fallwert und das QZV MRT vor. Ziel ist eine Gleichbehandlung der beiden Fachgruppen bei der Erbringung von MRT-Fällen sowie die Stabilisierung des kalkulatorischen Fallwertes für das QZV MRT. Über die näheren Details haben wir die betroffenen Fachgruppen in einem Sonderrundschreiben vom 25. November 2015 informiert.

V. Weitere Informationen (Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2016, Informationsbroschüren, HVM-Text und KBV-Vorgaben sowie Link zu den aktualisierten Abrechnungsbestimmungen)

1. Kalkulatorische Fallwerte 2016 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre:
Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2016 seit 1. Dezember 2015 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*. Ab 1. Januar 2016 finden Sie dort auch die aktualisierte Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2016“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2016“.

2. HVM-Text und Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):
Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/ Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V (KBV-Vorgaben) zu beachten. Sie finden die KBV-Vorgaben auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse des KBV-Vorstands. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Sie finden im Internet direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Website 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.

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2016

3. Allgemeine Bestimmungen des HVM und Abrechnungsbestimmungen der KVB:
Der HVM hatte in den Allgemeinen Bestimmungen noch einige Regelungen, die thematisch eher den Abrechnungsbestimmungen zuzuordnen sind. Im Zuge einer Überarbeitung des Abschnitts A des HVM wurden diese nun gestrichen und in die Abrechnungsbestimmungen der KVB übernommen. Sie finden die aktualisierten Abrechnungsbestimmungen ab 1. Januar 2016 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

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 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 Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Für das Jahr 2016 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der B€GO vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 10,4361 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue B€GO stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM* bereit. Hier haben Sie die Wahl zwischen der B€GO als GOP-Übersicht mit bayerischen Euro-Preisen als PDF-Format im öffentlichen Bereich oder dem elektronischen B€GO-Informationssystem als Online- oder Download-Version im geschlossenen Mitgliederbereich.

Eine Versendung der B€GO auf CD-ROM mit dem Mitgliedermagazin 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 bei der Pressung der CDs 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 selbstverständlich auf CD kostenlos bei uns anfordern: entweder per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10.

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 der Chronikerpauschale

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde in der Vertreterversammlung der KBV am 18. September 2015 von den Länder-KVen aufgefordert, mit dem GKV-Spitzenverband in Verhandlungen über die Umgestaltung der Chronikerpauschale einzutreten. Das Ziel sollte sein, dass die Abrechnung ausschließlich an den Behandlungs- und Koordinationsaufwand der chronischen Erkrankung im Abrechnungsquartal anknüpft. Die KVB begrüßt und unterstützt diesen Auftrag an die KBV.

Dennoch müssen wir darauf hinweisen, dass die Abrechnung der Chronikerpauschale nach aktuellem Stand nur möglich ist, wenn eine kontinuierliche Behandlung vorliegt. Bitte beachten Sie die Abrechnungsvoraussetzungen. Werden beziehungsweise wurden diese nicht eingehalten, müssen Sie mit nachgelagerten Korrekturen rechnen. Die Vergütung erfolgt(e) insoweit nur unter Vorbehalt. Anträge von Krankenkassen zur Überprüfung, ob die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind, liegen uns bereits vor.

Die Gebührenordnungspositionen (GOPen) 03220 beziehungsweise 04220 sowie deren Zuschläge 03221 beziehungsweise 04221 können nach den aktuell gültigen Bestimmungen des EBM (Präambel 3.2.2 beziehungsweise 4.2.2) nur dann abgerechnet werden, wenn der Patient in **kontinuierlicher ärztlicher Behandlung** ist. Eine solche kontinuierliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt

(telefonisch oder Wiederholungsrezept) in derselben Praxis stattgefunden hat. Dabei schließt der angegebene Zeitraum das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also das laufende Quartal sowie die drei vorherigen.

Beispiel: Der chronisch kranke Patient kommt im November 2015 in die Praxis. Der Arzt kann im Quartal 4/2015 die Chronikerpauschale abrechnen, da zum Zeitpunkt der Abrechnung in den letzten vier Quartalen in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat:

- erstes Quartal 2015: persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- zweites Quartal 2015: kein Kontakt
- drittes Quartal 2015: mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (telefonisch oder Wiederholungsrezept)
- viertes Quartal 2015 (aktuelles Quartal): persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. Die Abrechnung der GOP 03220 beziehungsweise 04220 ist in diesem Quartal möglich.

Beginnend mit dem vierten Abrechnungsquartal 2015 erfolgt die Überprüfung auf die erforderlichen Kontakte in den vorherigen Quartalen und gegebenenfalls die erforderliche Abrechnungskorrektur durch unser EDV-gestütztes Regelwerk.

Bitte beachten Sie auch, dass die Dauerdiagnosen von Ihrer Praxisverwaltungssoftware (PVS) in die Abrechnungsdatei übernommen und an die KVB übermittelt werden.

Ausnahmen von der Erforderlichkeit der notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte:

- Bei der Behandlung von chronisch kranken Neugeborenen und Säuglingen können die GOPen 03220/03221 beziehungsweise 04220/04221 ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden.
- Fanden die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte wegen eines Hausarztwechsels des Patienten in der Praxis des bisher betreuenden Hausarztes statt, kann die Chronikerpauschale dennoch von dem die Betreuung übernehmenden Hausarzt abgerechnet werden. Die Vorbehandlung ist dabei von der vorbehandelnden Hausarztpraxis zu erfragen und zu dokumentieren. In diesem Fall ist die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben „H“ abzurechnen (GOPen 03220H/03221H beziehungsweise GOPen 04220H/04221H).
- War der Patient Teilnehmer an der Hausarztzentrierten Versorgung während die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte stattfanden, ist die Chronikerpauschale ebenfalls mit dem Buchstaben „H“ abzurechnen.

Weitere Informationen zu den Chronikerkomplexen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM/EBM-Reform/FAQ zum Hausarzt-EBM*.

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

Neubewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat Ende September die Anpassung der Vergütung von Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Mit diesem Beschluss setzt der EBA den Auftrag des Bundessozialgerichtes um, die angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu überprüfen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert.

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.

Anhebung der Leistungsbewertungen Abschnitt 35.2

Die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 wurden um 2,7 Prozent angehoben. Somit ergeben sich für die Leistungen des Abschnitts 35.2 die aktuellen EBM-Bewertungen (siehe Tabelle 1). Eine Übersicht der geänderten Bewertungen für den Zeitraum der Quartale 1/2012 bis 4/2015 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

Neue Strukturzuschläge

Zur Vergütung von höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation (zum Beispiel durch die Beschäftigung von Personal) ab einer bestimmten Auslastung wurden drei neue Strukturzuschläge für die Einzel- und Gruppentherapien in den Abschnitt 35.2 aufgenommen.

GOP	Kurztext	Punkte 4/2015	Euro 4/2015
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35212	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	418	42,94 €
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	418	42,94 €
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	211	21,67 €
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	21,67 €

Tabelle 1

Die Strukturzuschläge werden **automatisch durch die KVB zugesetzt**. Die Zusetzung der Zuschlagspositionen erfolgt – unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen für ihre Vergütung – zu jeder abgerechneten GOP 35200 bis 35225 EBM. Sie müssen die neuen Zuschläge daher nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen.

Neu: GOP 35251 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221

EBM-Bewertung 143 Punkte

Neu: GOP 35252 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225

EBM-Bewertung 58 Punkte

Neu: GOP 35253 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212

EBM-Bewertung 114 Punkte

Voraussetzung für die Vergütung

Auch wenn die Zuschlagspositionen aus technischen Gründen zu jeder abgerechneten Grundleistung nach den GOPen 35200 bis 35225 hinzugesetzt werden, erfolgt eine Vergütung der Zuschläge nur dann, wenn Sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abgerechnet haben. Die Mindestpunktzahl beträgt 162.734 Punkte je Vertragspsychotherapeut beziehungsweise Vertragsarzt im Quartal. Bei einem Vertragspsychotherapeuten/-arzt mit einem anteiligen Versorgungsauftrag reduziert sich die Mindestpunktzahl entsprechend seinem Versorgungsauftrag.

Höhe der Vergütung

Die Strukturzuschläge werden trotz ihrer technischen Zufügung zu jeder abgerechneten Grundleistung nur für diejenigen Therapiestunden vergütet, die von Ihnen nach Erreichen der Mindestpunktzahl erbracht werden. Aus diesem Grund sind die Bewertungen der Strukturzuschläge (GOPen 35251 bis 35253) entsprechend den Vorgaben in Präambel 35.2 EBM zu quotieren.

Die Quote zur Bewertung der Strukturzuschläge errechnet sich individuell für jeden Vertragspsychotherapeuten/-arzt aus der Differenz seiner abgerechneten Gesamtpunktzahl für die oben genannten Grundleistungen zu der für ihn ermittelten Mindestpunktzahl im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der GOPen 35200 bis 35225.

Beispiel 1:

Ein Psychotherapeut mit voller Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Gesamtpunktzahl von 300.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge:
162.734 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
137.266 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (137.266 Punkte/300.000 Punkte):
0,4576 (= 45,76 %)

Beispiel 2:

Ein Psychotherapeut mit hälftiger Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Gesamtpunktzahl von 160.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge (162.734 Punkte x 0,5):
81.367 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
78.633 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (78.633 Punkte/160.000 Punkte):
0,4915 (= 49,15 %)

Wird die notwendige Mindestpunktzahl nicht erreicht, erfolgt für die zugesetzten Strukturzuschläge keine Vergütung (Wert 0,00 Euro).

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

OPS-Code auch bei Simultaneingriffen notwendig

Bei der Abrechnung von ambulanten und belegärztlichen Operationen sind der OPS-Code und die ICD-Codierung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und 36.2 zwingend anzugeben.

Tragen Sie daher den zutreffenden OPS-Code aus Anhang 2 des EBM sowohl für den **Haupteingriff** als auch für **jeden Simultaneingriff** in die Feldkennung 5035 ein. Erfolgt keine Angabe der OPS in der Quartalsabrechnung, können die Zuschläge für Simultaneingriffe nicht vergütet werden.

Auch dem Anästhesisten ist bei der Abrechnung der Narkose/Anästhesie und der jeweiligen Zuschlagsziffer bei Fortsetzung der Narkose/Anästhesie die Angabe des entsprechenden OPS-Codes zu empfehlen. So können Anträge der Krankenkassen vermieden werden.

Weiterführende Informationen zum Thema Simultaneingriffe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/FAQ/Ambulantes Operieren*.

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

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 20. August 2015 eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien beschlossen. Mit Inkrafttreten des Beschlusses am 10. November 2015 ist künftig im Mutterpass zu dokumentieren, ob ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wurde oder nicht. Bisher war dort nur zu vermerken, ob die Beratung zum HIV-Test stattgefunden hat. Das Testergebnis wird weiterhin nicht im Mutterpass eingetragen.

Der Mutterpass wird an die Änderungen angepasst. Das Feld „Beratung der Schwangeren“ finden Sie künftig auf den Seiten 4 und 20, wo Sie unter Punkt „f) Zum HIV-Antikörpertest“ die Dokumentation „HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja/nein“ eintragen können. Das Feld „Beratung der Schwangeren“ auf den Seiten 5 und 21 wird durch die Angabe „Besonderheiten“ ersetzt.

Nach Information des Kohlhammer Verlags können Sie den angepassten Mutterpass seit Mitte Dezember 2015 wie gewohnt über den Verlag beziehen oder die neue Dokumentation im Mutterpass handschriftlich eintragen. Sobald der geänderte Pass vorliegt, sollten die alten Versionen nicht mehr verwendet werden.

Sie finden den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/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

Mutterschaftsvorsorge im höheren Alter

Bitte beachten Sie, dass nur in wenigen Ausnahmefällen im höheren Alter noch Leistungen der **Mutterschaftsvorsorge und/oder Empfängnisregelung** angezeigt sein können (siehe auch KVB FORUM 4/2012 sowie Landesrundschriften des Berufsverbands vom 12. Oktober 2010). In unserem Regelwerk werden deshalb Leistungen der Kapitel 1.7.4 EBM (Mutterschaftsvorsorge) und 1.7.5 EBM (Empfängnisregelung) bis zum Alter von 55 Jahren akzeptiert. Sollten Sie eine Patientin behandeln, die älter als 55 Jahre ist und sollten Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Empfängnisregelung erforderlich sein, besteht die Möglichkeit, einen entsprechend begründeten Widerspruch gegen die Streichung einzulegen.

Liegt eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor, bitten wir Sie, die Leistungen mit dem entsprechenden ICD-Schlüssel zu versehen und kurative Gebührenordnungspositionen zu verwenden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
 Expertin Sabrina Götzter unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 2 83
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 83
 E-Mail Sabrina.Goetzer@kvb.de

Verlängerung der HNO- und Phoniatrie-Leistungen

Zum 1. Januar 2012 wurden für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniaten und Pädaudiologen) 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 Gebührenordnungspositionen wurden auf Forderung des GKV-Spitzenverbandes befristet aufgenommen. Diese Befristung wurde nun um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 367. Sitzung finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Ergänzter 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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Medizinprodukte (Anlage V)

- AMO™ Endesol™: Befristung bis 1. November 2018 verlängert
- IsoFree: befristet bis 17. März 2018
- Oculentis BSS: befristet bis 14. Dezember 2017
- Pädiasalin Inhalationslösung (neu: Pädiasalin® 0,9 Prozent): befristet bis 17. März 2018

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:

- Acclidinium/Formoterol
- Aflibercept: neues Anwendungsgebiet
- Cannabis sativa: Befristung bis 1. Juni 2016 verlängert
- Eliglustat
- Fingolimod: Neubewertung nach Fristablauf
- Ibrutinib
- Insulin degludec/Liraglutid
- Lurasidon
- Ruxolitinib: neues Anwendungsgebiet
- Vortioxetin

Die Hintergrundinformationen hierzu 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 Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“

Auf unserer Internetseite finden Sie die neue Ausgabe von „Arzneimittel im Blickpunkt“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel im Blickpunkt/2015*.

Hier bieten wir Ihnen pharmaunabhängig und kompakt aufbereitete Studien zu ausgewählten Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen. Zum Beispiel:

- Empagliflozin – die EMPA-REG OUTCOME® Studie

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

Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen

Im Einzelfall übernehmen die Krankenkassen in Bayern die Kosten für konfektionierte (also industriell gefertigte) Diabetes-Therapieschuhe.

Das bedeutet für Sie: Sie verordnen nach Ihrem medizinischen Ermessen Diabetes-Therapieschuhe. Eine Genehmigung der Krankenkasse muss vom Leistungserbringer (zum Beispiel Orthopädie-Schuhtechnik) eingeholt werden – nicht von Ihnen oder Ihrem Patienten.

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

Verordnung von Blutzuckerteststreifen

Durch Selbstkontrolle ihres Blutzuckers können Diabetiker anhand der aus den ermittelten Werten gezogenen Konsequenzen (zum Beispiel Ernährung, Dosisanpassung) ihren Stoffwechsel kontrollieren und möglichst gut einstellen. Voraussetzungen der Verordnungsfähigkeit von Blutzuckerteststreifen (BZ-Teststreifen) sind zum einen die Schulung des Patienten und die Diagnose „insulinpflichtiger Diabetes“.

Blutzuckerteststreifen sind sogenannte Geltungsarzneimittel, das heißt, sie werden den Arzneimitteln zugeordnet und dürfen nicht mit Hilfsmitteln (zum Beispiel Lanzetten) auf einer Verordnung kombiniert werden.

Blutzuckerteststreifen: Anlage 4 des Arzneiversorgungsvertrags

Um Sie in der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsziels „preisgünstige Blutzuckerteststreifen...“, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät“ effizient zu unterstützen, finden Sie eine Auflistung preisgünstiger Blutzuckerteststreifen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/2015*.

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

	Verordnung BZ-Teststreifen	
	ja	nein
Messung durch Patienten oder unentgeltlich durch Angehörige/Betreuungspersonen	x	
Patient in stationärer Pflegeeinrichtung	x	
Blutzuckermessung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege		x

Zuweisungsverbot

Gemäß Paragraph 31 Berufsordnung Ärzte ist es in Deutschland tätigen Ärzten untersagt, Patienten ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen zu empfehlen oder an diese zu verweisen.

Ausgestellte Verordnungen müssen zwingend Ihren Patienten oder entsprechenden Betreuungspersonen ausgehändigt werden. Anbei zwei Praxisbeispiele, die Ihnen die Sachlage verdeutlichen sollen:

Beispiel 1: Eine Apotheke verlangt von Ihnen Rezepte über Ernährungslösungen für eine Ihrer Patientinnen. Bitte teilen Sie der Apotheke mit, dass sie das Rezept nur an Ihre Patientin direkt aushändigen dürfen.

Beispiel 2: Ein Leistungserbringer in der Diabetikerversorgung verlangt von Ihnen Rezepte über Blutzuckerteststreifen für Patienten eines Pflegeheims. Bitte liefern/schicken Sie die Rezepte nicht an den Leistungserbringer, sondern ausschließlich an Ihre Patienten beziehungsweise an das Pflegeheim.

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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Start PCI zum 1. Januar 2016

Einheitliche Qualitätsstandards in Praxis und Klinik sind das Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS). Die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertragsärzte und Krankenhäuser nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden, ist die „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das bundesweit verbindliche Verfahren in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) geregelt.

Für invasive Kardiologen, die Leistungen nach den Leistungsziffern 34291 und 34292 EBM erbringen und abrechnen, ergeben sich daher folgende Pflichten:

Ab dem 1. Januar 2016 muss jede durchgeführte und über die KVB abgerechnete diagnostische Koronarangiographie (GOP 34291) und perkutane Koronarintervention (GOP 34292) nach standardisierten Vorgaben elektronisch dokumentiert werden. Dies gilt auch für belegärztlich und im Rahmen von Ermächtigungen durchgeführte Leistungen.

Der elektronische Versand der Qualitätssicherungs-Dokumentationen an die Datenannahmestelle bei der KVB muss für das 1. Quartal 2016 bis spätestens Ende April erfolgen. Sie können uns somit Ihre Dokumentationsdaten zusammen mit der Abrechnung zum Abschluss des Abrechnungsquartals oder spätestens bis zum Ende des ersten Monats im entsprechenden Folgequartal zusenden (zum Beispiel 30. April für das 1. Quartal). Am besten reichen Sie Ihre gesamten Dokumentationsdaten gesammelt für das jeweilige Quartal ein.

Zur Datenerfassung ist eine durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizierte QS-Dokumentations-Software erforderlich. Bitte nehmen Sie mit dem Anbieter Ihres Praxisverwaltungssystems beziehungsweise dem Hersteller der von Ihnen verwendeten Dokumentationssoftware Kontakt auf und informieren Sie sich, ob und gegebenenfalls ab wann eine entsprechende Software bereitgestellt wird.

Für die Datenübertragung ist eine sichere technische Anbindung an die KVB erforderlich. Dabei haben Sie die Wahl zwischen einem Daten-Upload über ONDES oder einer verschlüsselten Datenübermittlung via KV-Connect.

Die erste Variante, der Upload Ihrer QS-Dokumentation via ONDES, ist an keine zusätzlichen Voraussetzungen gebunden. Sie nutzen diesen Dienst bereits, um jedes Quartal Ihre Abrechnungen bei der KVB einzureichen.

Die zweite Variante, die verschlüsselte Datenübermittlung durch KV-Connect, setzt eine KV-SafeNet- oder KV-Ident Plus-Anbindung an die KVB voraus. Des Weiteren benötigen Sie eine KV-Connect-Benutzeridentifikation. Diese können Sie kurzfristig und kostenlos bei uns beantragen. Alle erforderlichen Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote*.

KV-Ident-Nutzer, die von uns noch nicht auf KV-Ident Plus umgestellt wurden, haben die Möglichkeit, den Upload via ONDES zu nutzen. Möchten Sie lieber KV-Connect nutzen, können Sie eine kurzfristige manuelle Umstellung auf KV-Ident Plus

beantragen (siehe auch Seite 17 in dieser Ausgabe).

Die elektronisch dokumentierten sQS-Daten werden pseudonymisiert und in einer Auswertungsstelle auf Bundesebene zusammengeführt, ausgewertet und vergleichend dargestellt. In die Auswertung werden auch Sozialdaten bei den Krankenkassen und – zu einem späteren Zeitpunkt – Ergebnisse von Patientenbefragungen einfließen.

Zu den von Ihnen übermittelten sQS-Daten erhalten Sie regelmäßig Zwischenberichte sowie einen jährlichen Rückmeldebericht. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden gemäß Qesü-RL der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG), die mit Vertretern der Trägerorganisationen der Leistungserbringer (KVB, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bayerische Krankenhausgesellschaft) und der Krankenkassen paritätisch besetzt ist, zur Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte zur Verfügung gestellt.

Im Zusammenhang mit der Datenerhebung sind Sie verpflichtet, Ihre Patienten anhand von Merkblättern über Inhalt und Zweck dieses Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. Weiterführende Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

Im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung auf Bundesebene, in dem der erste stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Pedro Schmelz, Mitglied ist, wurde entschieden, die Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur (QSV) anzupassen. Es wurde eine Protokollnotiz aufgenommen, die den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, **die Verpflichtung zur jährlichen stichprobenhaften Prüfung der Dokumentation nach Paragraph 6 QSV bis zum 31. Dezember 2017 auszusetzen.**

Der Vorstand der KVB hat entschieden, von dieser Möglichkeit zur Aussetzung der Prüfungen Gebrauch zu machen. Damit werden im Jahr 2016 und 2017 keine Prüfungen durchgeführt.

Aktuelles zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Seit der Gesundheitsreform 2004 arbeiten die beauftragten Konsortien an einer Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Im sogenannten Basis-Rollout 2011 wurden durch die Kostenträger neue eHealth Kartenterminals gefördert und flächendeckend eingeführt. Seitdem schreibt die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) die technische Einführung der Telematikanfrastuktur öffentlich an die Industrie aus.

Zum 1. Januar 2015 wurde die alte Krankenversichertenkarte vollständig durch die eGK abgelöst und an alle gesetzlich Versicherten ausgegeben. Als nächster Schritt steht nun die Erprobung zum eGK Online-Rollout Stufe 1 (ORS1) an, aufgeteilt in zwei bundesweite Testregionen. Hierzu hat der Auftragnehmer T-Systems International GmbH in der Testregion Südost (Bundesländer Bayern und Sachsen) potenzielle Erprobungsteilnehmer angesprochen und für das Testen des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) gewonnen. Die KVB wurde bei diesem Prozess nur „ins Benehmen“ gesetzt, das heißt wir haben lediglich eine Teilnehmerliste zur Kenntnis erhalten. Einen echten Einfluss auf die Ausgestaltung der Erprobung haben wir nicht.

Nach zahlreichen Verschiebungen des Startzeitpunkts zur Erprobung ist aktuell geplant, Ende des zweiten Quartals 2016 zu beginnen. Zum heutigen Zeitpunkt ist aber bekannt, dass in der Testregion Südost eine wesentliche Hardwarekomponente, der Konnektor, der den Anschluss an die Telematikanfrastuktur in den Praxen ermöglichen soll, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht rechtzeitig ausgeliefert werden kann. Die ge-

matik erwägt daher, die Erprobung lediglich in eingeschränkter Form durchzuführen. Nur so könnte der im neuen eHealth Gesetz verpflichtend vorgeschriebene Zeitpunkt zur Einführung der Telematikanfrastuktur (1. Juli 2016) gehalten werden. Wir halten eine Kürzung der uns gemeldeten 250 Erprobungsteilnehmer oder eine Reduktion der Testfälle für nicht vertretbar.

Konstruktiv-kritisch werden wir das Vorhaben zur Erprobung der eGK ORS1, in dem das VSDM und die qualifizierte elektronische Signatur getestet werden sollen, daher im Sinne unserer Mitglieder weiter begleiten. Beispielsweise führen wir gemeinsam mit den anderen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen eine unabhängige Evaluation der Erprobungsphase durch. Diese Evaluation soll Aufschluss darüber geben, wie sich die Einführung des eGK Online-Rollouts im Praxisalltag auswirkt. Zu diesem Zweck erhalten alle niedergelassenen Fach- und Hausärzte sowie Psychotherapeuten, die an der Erprobung teilnehmen, eine Einladung zu einer Online-Befragung, um den bisherigen zeitlichen Aufwand (vor Einführung der eGK Online-Dienste) und den späteren zeitlichen Aufwand mit eGK ORS1 zu erfassen. Nur so lässt sich der Mehr- oder Minderaufwand, den die eGK Online-Dienste voraussichtlich mit sich bringen, beziffern.

Wenn Sie Erprobungsteilnehmer sind und Fragen haben oder sich mit uns austauschen möchten, wenden Sie sich bitte an unseren Experten Florian Deisböck, der Ihnen während der Erprobung gerne zur Seite steht.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 00
E-Mail Florian.Deisboeck@kvb.de

Auslaufende eGK Karten- terminals

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden die Praxen von Ärzten und Zahnärzten sowie die Krankenhäuser von 2009 bis 2011 mit neuen Kartenterminals ausgestattet, die das Lesen der Versichertenstammdaten von der eGK ohne Konnektor ermöglichen.

Die Kartenlesegeräte der ersten Generation, die 2008/2009 das Zulassungsverfahren der gematik durchlaufen haben, erreichen laut Angaben der Hersteller zum Teil das Ende ihres Produktlebenszyklus. So hat die gematik kürzlich darüber informiert, dass das Kartenterminal GCR 5500-D der gemalto GmbH zum 1. Januar 2016 die Zulassung verliert. Weiter hat die gematik berichtet, dass seit 1. November 2015 der Support, Kundendienst und Reparaturservice für das Terminal medHybrid von VeriFone GmbH vollständig eingestellt wurde.

Prognosen gehen davon aus, dass im Zuge des eGK Online-Rollouts und der Ausgabe der Generation 2 eGK durch die Kostenträger weitere stationäre oder mobile Lesegeräte ausgetauscht werden müssen. Wie viele und welche Geräte genau betroffen sind, kann die gematik noch nicht sagen. Wir empfehlen Ihnen bereits heute, sich bei Ihrem Kartenterminalhersteller zu erkundigen, ob die Generation 2 eGK eingelesen und korrekt verarbeitet werden kann.

Sobald wir zuverlässige Informationen erhalten, werden wir alle KVB-Mitglieder informieren. Aktuelle Zulassungslisten finden Sie unter www.gematik.de in der Rubrik „Zulassungen“.

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

KV-Ident Plus – schon über 13.000 Bestellungen

Seit April 2015 löst die KVB das bisherige KV-Ident Verfahren als Zugriffsweg zu ihren Online-Angeboten durch das noch sicherere, Token-gestützte „KV-Ident Plus“-Verfahren ab. Das neue KV-Ident Plus wird von den KVB-Mitgliedern sehr gut angenommen. Durch den optimierten Bestellprozess, über den wir Sie in den KVB INFOS 10/2015 informiert haben, ist die Teilnahme an KV-Ident Plus mittlerweile noch einfacher geworden, sodass seit Beginn der Ablösung des alten KV-Ident-Verfahrens insgesamt 13.000 Bestellungen des KV-Ident Plus Tokens bei uns eingegangen sind. Rund 65 Prozent aller bestellten KV-Ident Plus-Token sind bereits aktiviert. Über unser Mitgliederportal konnten daher via KV-Ident Plus-Verbindung für das Abrechnungsquartal 3/2015 schon über 4.000 Abrechnungen an die KVB übermittelt werden.

Unser Ziel ist es, im Jahr 2016 KV-Ident durch KV-Ident Plus vollständig zu ersetzen. KVB-Mitglieder, die aktuell noch eine gültige KV-Ident-Gridkarte besitzen, müssen von sich aus nicht tätig werden, sondern werden von uns über den Zeitpunkt des Übergangs zu KV-Ident Plus rechtzeitig informiert.

Um Ihre Daten jederzeit auf dem aktuellen Stand der Technik zu schützen, haben wir Ende des Jahres 2015 ein Update der eingesetzten VPN-Software durchgeführt. Damit folgen wir den neuesten Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik.

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

Rechenschaftsbericht der KVB

Über die im Geschäftsjahr 2014 verwendeten Mittel gibt der Rechenschaftsbericht der KVB nach Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2014 mit einem Jahresgewinn von 7,3 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,97 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2014 insgesamt 170,4 Millionen Euro.

Darin enthalten sind Aufwendungen für Personal in Höhe von 101,8 Millionen Euro. Im Rechnungsjahr 2014 waren 1.646 Mitarbeiter bei der KVB beschäftigt.

Bei den Erträgen von insgesamt 177,7 Millionen Euro entfallen 140,2 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. An Kapitalerträgen konnten 17,4 Millionen erzielt werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2014 umfasst die Buchungskreise:

- 0063 – 0071 KVB allgemein
- 0075 Betrieb gewerblicher Art – IT
- 0085 Sonderaufgaben der KVB
- 1005 Casino der KVB
- 3000 Verträge außerhalb Gesamtvertrag

- 3100 AMBO („Abrechnung Psychotherapeutischer Institute“)
- 3200 ASV („Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“)

Im Geschäftsjahr 2014 wurden Investitionen in Höhe von 9,8 Millionen Euro getätigt.

Die KVB erhielt 2014 insgesamt 5.623,- Euro an Sponsoringbeträgen.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt:

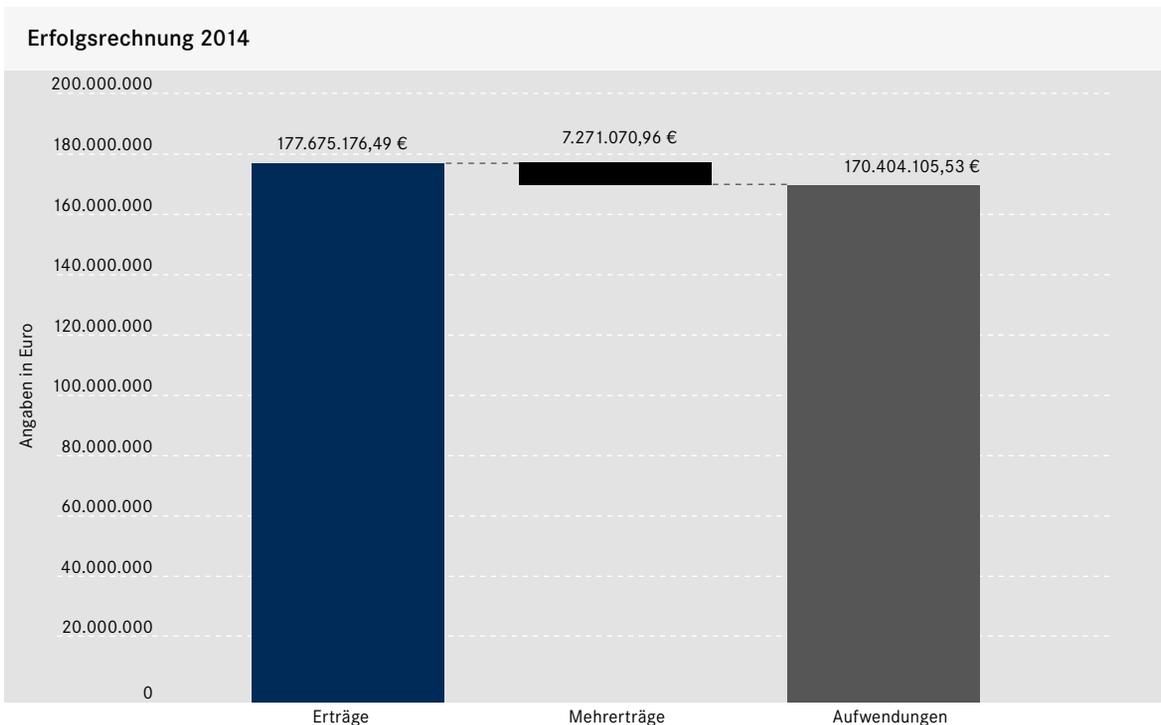


Abbildung 1

Aufwendungen nach Kontengruppen

- Personalaufwand
- Aufwand für die Selbstverwaltung und gemeinsame Selbstverwaltung
- Sachaufwand
- Abschreibungen
- Organisatorische Aufgaben
- Sonstiger Aufwand
- Haushaltsreste

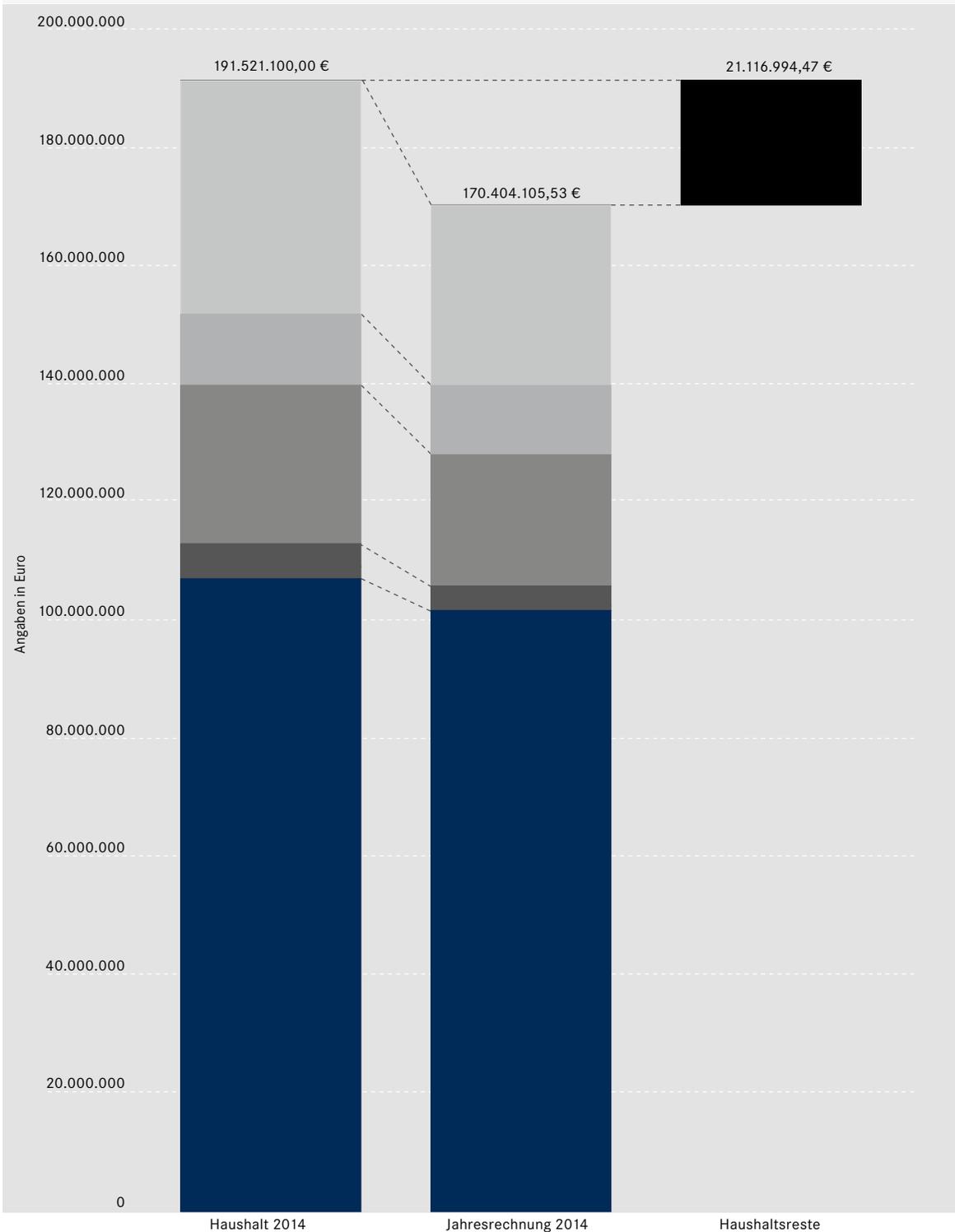


Abbildung 2

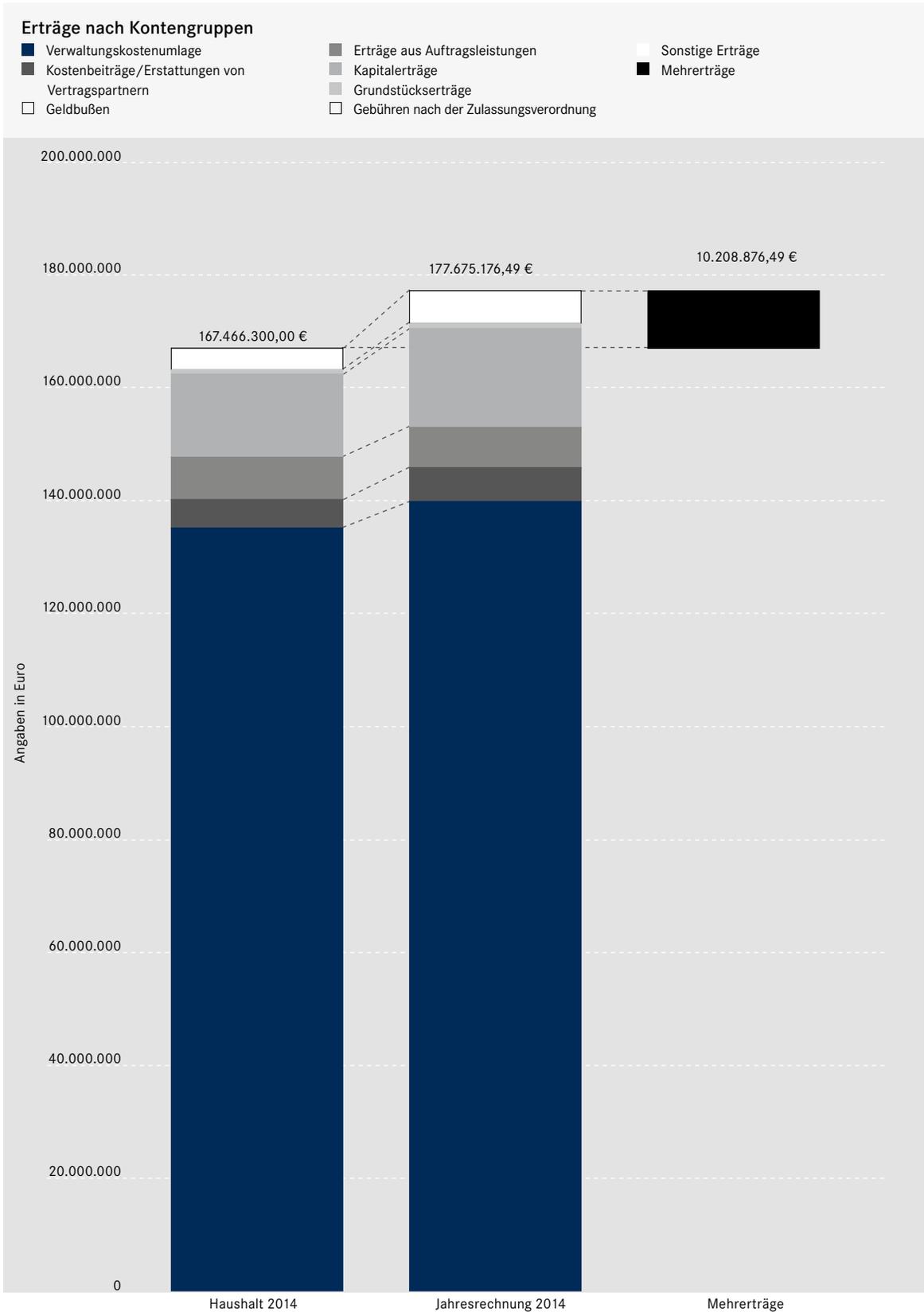


Abbildung 3

Neue Kennziffer zur Kennzeichnung von ASV-Patienten

Seit dem zweiten Quartal 2014 besteht die Möglichkeit, Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu behandeln. Die Regelungen zur Honorarverteilung sehen eine Bereinigung der Obergrenze der teilnehmenden Vertragsärzte um diejenigen Leistungen, die Bestandteil der ASV sind, vor.

Die Obergrenze des Arztes, der an der ASV teilnimmt, wird unter Berücksichtigung der von den Krankenkassen gemeldeten ASV-Fälle bereinigt. Um eine Basis für eine sachgerechte Bereinigung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass alle ASV-Arztfälle mit der Kennziffer 99116 gekennzeichnet werden (Feldkennung 5001). Die Kennziffer ermöglicht es, die zu bereinigenden Fälle zu identifizieren und sicherzustellen, dass für diese Fälle zuvor auch ein RLV vorgesehen wird.

Voraussetzung für den Ansatz der Kennziffer 99116 ist, dass

- ein ASV-Fall vorliegt und
- ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

Bitte beachten Sie außerdem:

- Die Kennziffer hat keinen Euro-Wert. Sie kann allein oder neben anderen Gebührenordnungspositionen stehen.
- Die Kennziffer kann bei mehreren am Behandlungsfall beteiligten ASV-Ärzten mehrfach vorkommen.
- Die Kennziffer soll einmalig je Quartal, je Fall und je Teilnehmer angesetzt werden.
- Die Kennziffer soll auf allen Abrechnungsscheinen angesetzt werden – unabhängig davon, ob nur ASV-Appendix-Leistungen oder sowohl ASV-Appendix-Leistungen als auch Leistungen der

ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

Durch die beschriebene Kennzeichnung wird die Voraussetzung für eine mögliche neutrale Bereinigung geschaffen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Anna Schmidt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 11
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 11
 E-Mail Anna.Schmidt@kvb.de

und unseren Experten
 Timo Gerdau unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 28
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 11
 E-Mail Timo.Gerdau@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:

- 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 2015)
- 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:

- 27. Februar 2016, KVB München
- 12. März 2016, KVB Regensburg
- 7. Mai 2016, KVB Würzburg
- 11. Juni 2016, KVB München
- 2. Juli 2016, KVB Bayreuth
- 24. September 2016, KVB Nürnberg
- 26. November 2016, 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:

- 3. Februar 2016, KVB München
- 16. März 2016, KVB Regensburg
- 4. Mai 2016, KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016, KVB Würzburg
- 21. September 2016, KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016, KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 17. Februar 2016, KVB München
- 20. April 2016, KVB Augsburg
- 1. Juni 2016, KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016, KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016, KVB Würzburg
- 16. November 2016, 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:

- 27. Januar 2016, KVB Augsburg
- 6. Juli 2016, KVB München
- 30. November 2016, KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 85 Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 30. Januar 2016, KVB Augsburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 3. Februar 2016, KVB Würzburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 27. Februar 2016, KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 13. April 2016, KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Mai 2016, KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016, KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016, KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016, KVB
Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr,
- 10. Dezember 2016, KVB
Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr,

Sicher im 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 allein und unvorbereitet ausgesetzt.

- 28. September 2016, KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016, KVB Würzburg

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.

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

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 20. Januar 2016, KVB Augsburg
- 17. Februar 2016, KVB München
- 13. April 2016, KVB Nürnberg
- 1. Juni 2016, KVB Regensburg
- 6. Juli 2016, KVB München

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 in 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)

Termine

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

- 20. Februar 2016, KVB Augsburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 9. April 2016, KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. April 2016, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 4. Juni 2016, KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016, KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016, KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
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/KVB-Seminare für den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop 2016 - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA Augenärzte

Grundlagen zum Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärzte und Kinderärzte

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Erste Basics für MFA Chirurgen

Hautkrebsscreening

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop - Frauenärzte

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

DMP - Diabetes mellitus Typ 2: eintägige Eingangsfortbildung

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Anästhesisten und Chirurgen

Abrechnungsworkshop - Chirurgen, Orthopäden, Reha

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Erste Basics für MFA Frauenärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Erste Basics für MFA Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Datenschutz in der Praxis

Erste Basics für MFA Hautärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Februar 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. Februar 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016 24. Februar 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Februar 2016 11. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016 8. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	2. März 2016	13.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	2. März 2016	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	4. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	80,- Euro	5. März 2016	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016 15. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. März 2016 16. März 2016 6. April 2016	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	München Nürnberg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	1. April 2016 2. April 2016	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 03|16

ABRECHNUNG

- 30 Die nächsten Zahlungstermine
- 30 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016
- 31 eGK für Asylbewerber
– Hinweise zur Abrechnung
- 32 Kniegelenk-Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt
- 33 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2016
- 35 Änderungen des EBM zum 1. April 2016

VERORDNUNG

- 38 Wirkstoffvereinbarung:
Liste für Generikaziele
- 38 Wirtschaftliche Verordnung
von Heilmitteln
- 38 Ergänzungen der Arzneimittel-
Richtlinie
- 38 Häusliche Krankenpflege:
Ausfüllhilfe und FAQs
- 39 Voltaren Resinat® –
Eingruppierung als Original
- 39 Genehmigungspflicht für
Reha-Verordnung

QUALITÄT

- 40 Bonuszahlung für DMP
Online-Fortbildung
- 40 QS-Vereinbarung „Hörgeräte-
versorgung“
- 40 Neue QS-Vereinbarung
„Holmium-Laser“

IT IN DER PRAXIS

- 42 Aktivierung KV-Ident Plus
Token

ALLGEMEINES

- 42 Arbeitsunfähigkeits-
bescheinigung

SEMINARE

- 43 Akutsituationen im Ärztlichen
Bereitschaftsdienst
- 44 Sicher im Bereitschaftsdienst
und beim Hausbesuch
- 45 Notfalltraining für das
Praxisteam
- 46 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2016

Abschlagszahlung Februar 2016

11. April 2016

Abschlagszahlung März 2016

29. April 2016

Restzahlung 4/2015

10. Mai 2016

Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016

Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016

Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016

Restzahlung 1/2016

10. August 2016

Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016

Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016

Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016

Restzahlung 2/2016

10. November 2016

Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016

Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. April 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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,*
 - *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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

eGK für Asylbewerber – Hinweise zur Abrechnung

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 Sammelklärung 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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Auch wenn sich die KVB gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerber ausspricht, wird diese bereits in den Bundesländern Bremen und Hamburg ausgegeben und bundesweit in zahlreichen weiteren Regionen eingeführt. Länder und Kommunen können seit Jahresbeginn die gesetzlichen Krankenkassen verpflichten, die eGK auch an Asylbewerber auszugeben, die sich **noch keine 15 Monate** in Deutschland aufhalten. Damit soll der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Betroffenen erleichtert werden. Die Landkreise können – im Gegensatz zu den Krankenkassen – nicht zum Mitmachen gezwungen werden und es ist in Bayern bisher noch kein Landkreis bekannt, der die gesetzlichen Krankenkassen zur Ausgabe der eGK aufgefordert hat.

Trotzdem kann es Fälle geben, in denen Asylbewerber mit einer eGK in die Praxis kommen. Auf diesen Karten ist bei „Besondere Personengruppe“ im Chip die Ziffer „9“ gespeichert. So kann es im Versichererstatus zum Beispiel ab sofort auch die Kombination 19 geben: Die erste Stelle steht für den Versichererstatus, also „1“ für Mitglied, die zweite für „Besonderer Personenkreis“, hier also „9“ für Asylbewerber. Daran erkennen die Praxen bereits beim Einlesen der eGK in die Praxisverwaltungssoftware (PVS), dass bei dem Patienten ein eingeschränkter Leistungsanspruch zu beachten ist.

Asylbewerber, die sich **bereits 15 Monate** im Bundesgebiet aufhalten, erhalten regelmäßig eine eGK einer gesetzlichen Krankenkasse. Diese ist im Chip als „Besondere Personengruppe“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet. Die mit „4“ gekennzeichneten

Kniegelenk-Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt

neten eGKs beinhalten einen Behandlungsanspruch, der annähernd dem der gesetzlichen Krankenkassen entspricht.

Bei Personengruppen der Ziffern „4“ und „9“ sind die Felder der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) auf der Rückseite der eGK nicht vorhanden oder ungültig gemacht.

Der Vollständigkeit halber weisen wir darauf hin, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge einen Behandlungsanspruch nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII haben, der dem Behandlungsanspruch der gesetzlichen Krankenkassen entspricht. Diese legen ebenfalls eine eGK oder einen Behandlungsausweis in Papierform vor.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 27. November 2015 in seiner Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung die Kniegelenk-Arthroskopie zur Behandlung von Patienten mit Gonarthrose deutlich eingeschränkt, nachdem in Studien keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der vom G-BA geprüften arthroskopischen Verfahren zur Behandlung der Gonarthrose gefunden werden konnten.

Eine Arthroskopie bei Patienten mit der alleinigen Diagnose Gonarthrose kann nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden (Nummer 53 der Anlage II der oben genannten Richtlinie). Die Kniegelenk-Arthroskopie ist bei Patienten mit Gonarthrose nur noch dann möglich, wenn der Eingriff wegen Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass die beim Patienten bestehenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind.

Der EBM wird mit Wirkung zum 1. April 2016 an diese Einschränkung für die therapeutischen arthroskopischen Eingriffe angepasst. Zur Klärstellung der Berechnungsfähigkeit werden entsprechende Bestimmungen in die Präambeln der Abschnitte 31.2.5 (ambulante Operationen) und 36.2.5 (belegärztliche Operationen) des EBM aufgenommen.

Den Beschluss mit den Änderungen des EBM 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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 369. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2016 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze 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.

Allgemeines

Ab dem 1. Januar 2016 wird eine neue Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM aufgenommen, die die Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte regelt. Für Urethro-(zysto)skopien wurde für diesen Personenkreis festgelegt, dass die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu acht Zentimeter zu berechnen sind und bei einer Urethralänge von mehr als acht Zentimeter und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra die Gebührenordnungsposition 26310 abzurechnen ist.

Hintergrund: Der Gesetzgeber hat durch das Personenstandsrechts-Änderungsgesetz das Personenstandsrecht (PStG) mit Wirkung zum 1. November 2013 geändert. Der neu aufgenommene Paragraf

22 Absatz 3 PStG sieht vor, dass die Eintragung eines Neugeborenen in das Geburtenregister ohne Angabe des Geschlechts zu erfolgen hat, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.

Radiologen und Nuklearmediziner

Mit Wirkung zum 1. Januar 2016 wurden die Diagnostische Positronenemissionstomografie (PET) und die Diagnostische Positronenemissionstomografie mit Computertomografie (PET/CT) in den EBM aufgenommen.

Die PET beziehungsweise die PET/CT ist bereits seit 18. Januar 2007 GKV-Leistung und konnte bisher im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der PET beziehungsweise PET/CT im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.

Die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen zur PET beziehungsweise PET/CT setzt eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** voraus. Bis zum Inkrafttreten der bundesweiten **Qualitätssicherungsvereinbarung** (QSV) zur PET beziehungsweise PET/CT nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist diese Genehmigung nach Ziffer 1 Satz 1 der Präambel zu Abschnitt 34.7 EBM **übergangsweise** auf Basis der Ziffer 14 der Anlage I der „Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erteilen. Die Richtlinie ist auf der Internet-

seite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien veröffentlicht.

Das **Formular für den Antrag** auf Erteilung der Genehmigung zur PET beziehungsweise PET/CT sowie die **Gewährleistungserklärung** für das PET-System finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Positronenemissionstomografie (PET)*.

Darüber hinaus setzt die Abrechnung der GOP 34701 und 34703 sowie der GOP 34700 und 34702, sofern eine Niedrigdosis-CT durchgeführt wird, eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung der **Computertomografie** nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie voraus (vergleiche Ziffer 2 der Präambel zum Abschnitt 34.7 EBM).

F-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomografie (CT)

■ GOP 34700 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	
EBM-Bewertung	4.456 Punkte
Preis BÉGO*	465,03 €

■ GOP 34701 - mit diagnostischer CT	
EBM-Bewertung	5.653 Punkte
Preis BÉGO*	589,95 €

F-Fluordesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomografie (CT)

■ GOP 34702 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	
EBM-Bewertung	3.565 Punkte
Preis BÉGO*	372,05 €

- **GOP 34703 - mit diagnostischer CT**
EBM-Bewertung 4.523 Punkte
Preis B€GO* 472,02 €

* Die ausgewiesenen B€GO-Preise stehen unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsams.

Für die Abrechnung der GOPen 34700, 34701, 34702 und 34703 ist Folgendes zu beachten

- Für die Durchführung und Abrechnung der PET beziehungsweise PET/CT sind die Vorgaben der Anlage 1 Nummer 14 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) des G-BA zu beachten: Danach darf die PET beziehungsweise PET/CT nur bei den **in Paragraph 1 geregelten, zugelassenen Indikationen und unter Beachtung der allgemeinen und indikationsbezogenen zusätzlichen Anforderungen nach den Paragraphen 2 bis 5** erbracht werden.
- Im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- GOP 34700 und 34702 können auch abgerechnet werden, wenn keine Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-CT besteht.
- Die GOPen 34700 beziehungsweise 34701 sind im Behandlungsfall neben den GOPen 34702 beziehungsweise 34703 nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.
- GOP 34701 und 34703 sind nicht berechnungsfähig, wenn im Behandlungsfall eine diagnostische CT des Körperstammes beziehungsweise von Teilen des

Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn das CT in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

- GOP 34700 im Behandlungsfall ist nicht neben GOP 34701 berechnungsfähig.
- GOP 34702 im Behandlungsfall ist nicht neben GOP 34703 berechnungsfähig.

GOP 40584 – Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 bei Verwendung von F-Fluordesoxyglukose
Preis B€GO 255,00 €

- In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich Transportkosten enthalten

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „**“ gekennzeichnet.

Redaktionelle Änderungen

Ab dem 1. Januar 2016 kann zusätzlich zu den Leistungen des Abschnitts 8.4 auch die Gebührenordnungsposition 08231 (Zusatzpauschale Geburtshilfe) am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen 31304/36304, 31305/36305 und 31307/36307 (OPS-Codes 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8) abgerechnet werden. Da die GOP 08231 von uns automa-

tisch zugesetzt wird, ergeben sich für Sie keine Änderungen bei der Abrechnung.

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

Änderungen des EBM zum 1. April 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 369. Sitzung und der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 42. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2016 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze 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.

Aufnahme von Gebührenordnungspositionen für die Telemedizin

NEU: GOP 01438 – Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04417 oder 13554

EBM-Bewertung 88 Punkte
Preis B€GO* 9,18 €

- dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 04417 oder 13554 abgerechnet wurde
- auch neben den Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der haus-/fachärztlichen Bereitschaftspauschale nach der GOP 01435 berechnungsfähig

NEU: GOP 04417 – Telemedizinische Kontrolle eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

EBM-Bewertung 511 Punkte
Preis B€GO* 53,33 €

- GOP 04417 und 04418 sind in Summe fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in der gleichen Sitzung nicht neben der Kontrolle eines Herzschrittmachers nach der GOP 04418 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig:

- Chronikerpauschalen (GOPen 04220 und 04221)
- nicht-operativ belegärztliche Gebührenordnungspositionen 36881 (Pneumologischer Komplex), 36882 (Kardiologischer Komplex), 36883 (Zuschlag für die Laufband-Ergometrie)
- Leistungen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4.2 (GOPen 04430 bis 04439) und 4.4.3 (GOPen 04441 bis 04443) und den Pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung des Abschnitts 4.5 (GOPen 04511 bis 04580)

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

- Die Berechnung der GOP 04417 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 04418 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

NEU: GOP 13554 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (RCT-P, CRT-D)

EBM-Bewertung 279 Punkte
Preis B€GO* 29,12 €

- berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie sowie von fachärztlich tätigen Internisten mit Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung
- GOP 13552 und 13554 in Summe fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in der gleichen Sitzung nicht neben GOP 13552 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig
 - nicht-operativ belegärztliche Gebührenordnungspositionen 36881 (Pneumologischer Komplex), 36882 (Kardiologischer Komplex), 36883 (Zuschlag für die Laufband-Ergometrie)
 - Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung: GOPen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437 bis 13439, 13500 bis 13502, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13700, 13701

Die Ausnahmeregelung für internistische schwerpunktübergreifende 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.

- Die Berechnung der GOP 13554 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 13552 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung sind nicht im EBM abgebildet und damit nicht berechnungsfähig.

Genehmigungspflicht der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554

Die Berechnung der GOPen 04417 und 13554 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Herzschrittmacherkontrolle beziehungsweise nach der (noch einzuführenden) Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie voraus. Darüber hinaus ist für die Berechnung der GOPen 04417 und 13445 ein Nachweis über die Erfüllung der Vorgaben in der (noch zu schließenden) Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse erforderlich. **Über die einzureichenden Anträge und Nachweise werden wir Sie gesondert informieren.**

Anpassungen der Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552

Die Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552 für die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators wurden im Zusammenhang mit der Einführung telemedizinischer Leistungen in den EBM **um die Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD) erweitert**. Zur Klarstellung, dass die Kontrollen nach den GOPen 04418 und 13552 nicht telemedizinisch durchführbar sind, wurde ein **persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt als obligater Leistungsinhalt** ergänzt. Außerdem wurde der **bisherige Zusatz „auch mittels telemetrischer Abfrage“ gestrichen**.

Neuaufnahme von Operationsverfahren zur Holmium-Laserresektion (HoLRP) und Holmium-Laserenukleation (HoLEP)

Mit Wirkung zum 1. April 2016 wurden neue Operationsverfahren zur Holmium-Laserresektion (HoLRP) und Holmium-Laserenukleation (HoLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) in den EBM aufgenommen.

Die HoLRP und die HoLEP gehören bereits seit 16. Dezember 2010 zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und konnten bisher im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden. **Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der HoLRP und der HoLEP im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.**

Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung des bPS nach GOP 36289 und 36290 EBM ist eine durch die KVB erteilte **Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS** nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V. Die **Antragsformulare** und das Formular für die **Gewährleistungserklärung** des Herstellers zum Lasergerät finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/H/Holmium-Laser*. Den Antrag nach Übergangsregelung können Sie stellen, wenn Sie bereits vor dem 1. April 2016 Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben (zum Beispiel im Wege der Kostenerstattung). Sollte dies nicht der Fall sein, stellen Sie bitte einen Neuantrag. Bitte beachten Sie, dass zur Abrechnung der neuen Leistungen darüber hinaus eine **Belegarztgenehmigung** vorliegen muss.

Die Nummer 3 der Präambel 40.1 wurde konkretisiert. Die Kosten, die im Rahmen der Verwendung eines Holmium-Lasers entstehen, sind bei belegärztlichen Leistungen mit den Belegarzt-DRGs abgegolten.

Neu: GOP 36289 – Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3 mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten

EBM-Bewertung 2.108 Punkte
Preis B€GO* 220,00 €

- Die Durchführung der Leistung hat gemäß den Nummern 17 beziehungsweise 18 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erfolgen.

Neu: GOP 36290 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289

EBM-Bewertung 364 Punkte
Preis B€GO* 37,99 €

- nur berechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung die GOP 36289 abgerechnet wurde
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit, aber höchstens dreimal je Eingriff berechnungsfähig

Neu: GOP 36829 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-

Zeit bei Verlängerung eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289 entsprechend dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36290

EBM-Bewertung 191 Punkte
Preis B€GO* 19,93 €

- Nur berechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung die GOP 36823 für die Narkose/Anästhesie für die Holmium-Laser-Enukleation oder Holmium-Laser-Resektion abgerechnet wurde. Der OPS-Code ist in der Feldkennung 5035 anzugeben.
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- In derselben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01913, 02100, 02101, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36820 berechnungsfähig.

* Die ausgewiesenen B€GO-Preise stehen unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme und Löschung von OPS-Codes

Mit Wirkung zum 1. Januar 2016 ist der Operationenschlüssel Version 2016 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2016 neue OPS-Codes aufgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersicht der neu aufgenommenen und gestrichenen OPS-Codes finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO - EBM/ Weitere Informationen*.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 01438, 04417, 13554, 36289, 36290 und 36829 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet.

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

Aufnahme von OPS-Codes in den Anhang 2						
OPS-Code	Seite	Bezeichnung OPS	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Narkose
5-601.70	N	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostata-gewebe: Holmium-Laser-Enukleation	RW3	36289	36505	36823
5-601.71	N	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostata-gewebe: Holmium-Laser-Resektion	RW3	36289	36505	36823

Tabelle 1

Wirkstoffvereinbarung: Listen für Generikazeile

Auf unserer Internetseite finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung* zu jedem einzelnen Generikazeile eine sogenannte „Arbeitsliste“, Stand drittes Quartal 2015. Die „Arbeitslisten“ helfen Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden und geben Ihnen Hinweise auf Rabattverträge, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware diese Informationen nicht bereits liefert.

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 Verordnung von Heilmitteln

Die Kosten im Bereich der Heilmittel steigen stetig an. Die Heilmittelverordnungen sind daher ständig im Fokus der gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechende Prüfverfahren initiieren.

Um Sie bei der Verordnung von Heilmitteln zu unterstützen, haben wir im Internet eine Checkliste zur wirtschaftlichen Verordnung zusammengestellt. Diese finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Verordnung Aktuell zu Heilmitteln*.

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

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

Für AMO™ ENDOSOL™ wird die Befristung bis zum 1. November 2018 verlängert. Für Amvisc™, Amvisc™ Plus, Bausch&Lomb Balanced Salt Solution, DK-line®, Oktaline™, Ocu-Coat®, Oxane® 1300 und Oxane® 5700 wird die Befristung auf den 20. Oktober 2020 geändert. Für Isomol®, Movicol®, Movicol® flüssig Orange, Movicol® Junior aromafrei und Movicol® Junior Schoko wird die Befristung bis 27. Januar 2021 verlängert.

Die Medizinprodukte

- BSS NL250/NL500
- Dr. Deppe EndoStar®-Lavage
- Globance® Lavage
- Globance® Lavange Apfel
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Macrogol AL
- Macrogol STADA®

wurden **gestrichen**.

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 im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Afatinib
- Dimethylfumarat - Änderung qualitätsgesicherte Anwendung
- Eliglustat
- Insulin degludec/Liraglutid
- Ivermectin
- Lenvatinib

- Lomitapid
- Olaparib
- Ruxolitinib -neues Anwendungsgebiet
- Safinamid
- Secukinumab
- Sofosbuvir – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Vortioxetin

Weitere Informationen hierzu 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

Häusliche Krankenpflege: Ausfüllhilfe und FAQs

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Verordnungen/Formelles/Häusliche Krankenpflege* die Ausgabe der Publikation Verordnung Aktuell „Ausstellen einer Verordnung: Häusliche Krankenpflege (Muster 12)“ sowie „FAQs zur Verordnung einer häuslichen Krankenpflege (HKP)“.

Die Ausfüllhilfe soll Sie beim korrekten Ausfüllen des Musters 12 unterstützen. Die FAQs erklären Begriffe aus der Richtlinie und beantworten Ihre Fragen aus der täglichen Praxis. Unsere FAQs werden auf Basis der von Ihnen häufig gestellten Fragen ergänzt und entsprechend aktualisiert.

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

Voltaren Resinat® – Eingruppierung als Original

Der pharmazeutische Unternehmer NOVARTIS hat bereits zum 1. Juni 2015 den Apothekeneinkaufspreis für alle drei verfügbaren Packungsgrößen der Voltaren Resinat® Hartkapseln um zum Teil knapp 50 Prozent erhöht. Eine Information an die KVB, die dieses Präparat wegen seiner Kostengünstigkeit innerhalb der Wirkstoffvereinbarung wie ein Generikum behandelte, ist leider nicht erfolgt. Die Brutto-Verkaufspreise liegen nun deutlich **über dem Festbetrag**.

Folglich gilt die Voraussetzung für eine Behandlung als Generikum nach Anlage 7 „Vorgaben zu Besonderheiten bei der Zielberechnung“, Punkt 2 der Wirkstoffvereinbarung, nicht mehr. Aufgrund der Kennzeichnung als Originalpräparat (gemäß den Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK) können Verordnungen über Voltaren Resinat® Hartkapseln somit einer Zielerreichung entgegenstehen. Dies betrifft das Ziel 8 Antiphlogistika/Antirheumatika der Wirkstoffvereinbarung. Diese Umkodierung ist ab dem ersten Quartal 2016 gültig.

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

Genehmigungspflicht für Reha-Verordnung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Rehabilitations-Richtlinie zum 1. April 2016 geändert. Bei Redaktionsschluss war der Beschluss des G-BA noch nicht in Kraft. Hier die wichtigsten Änderungen im Überblick:

Maßnahmen zur Rehabilitation werden künftig direkt auf dem Muster 61 verordnet. Ein Vorabantrag an die kostentragende Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich. Der Vordruck Muster 60 entfällt. Damit wird der Entbürokratisierung in der Praxis Rechnung getragen.

Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob die gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger (zum Beispiel Rentenversicherung) für die Bewilligung der Reha zuständig ist, können Sie dies vorab von der Krankenkasse klären lassen. Hierzu wird es einen Teil A auf dem Vordruck Muster 61 geben. Die Verordnung „medizinische Reha“ erfolgt auf Teil B bis D des Vordrucks Muster 61. Der neue Vordruck Muster 61 kann über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden. Die gegebenenfalls noch in Ihren Praxen vorhandenen Vordrucke des Musters 60 vernichten Sie bitte.

Ebenso entfällt die Genehmigungspflicht für die Verordnung von Reha-Leistungen. Künftig kann jeder Vertragsarzt medizinische Rehabilitation über Vordruck Muster 61 verordnen. Ein Qualifikationsnachweis ist nicht mehr erforderlich. Zwar erfordern die Beratung und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand

der ärztlichen Weiterbildung sind. Diese Kenntnisse sollten jedoch erweitert und vertieft werden. Dazu werden wir Ihnen mindestens einmal jährlich Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird hierzu Informationsmaterialien zusammenstellen, die wir Ihnen ebenfalls auf unserer Internetseite zur Verfügung stellen werden. In Paragraph 8 der Richtlinie ist festgelegt, was im Vordruck Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen ist, nämlich:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personenbezogenen Faktoren (einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach Paragraph 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.

Bitte beachten Sie, dass – wie bisher – auch künftig die medizinische Versorgung der Reha-begründenden Erkrankung (zum Beispiel mit Arzneimitteln) durch die Reha-Einrichtung sichergestellt werden muss.

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

Bonuszahlung für DMP Online-Fortbildung

Für die erfolgreiche Absolvierung der Online-Fortbildung „Diabetes – vom Befund zur Diagnose“ auf Cura Campus® erhalten Ärzte, die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnehmen, einen einmaligen Bonus in Höhe von 50,- Euro. Darüber hinaus erhalten sie einen CME-Fortbildungspunkt.

Bitte setzen Sie in dem Quartal, in dem Sie die Fortbildung durchgeführt und nach Prüfung bestanden haben, in Ihrer Honorarabrechnung die Nummer 92280 für einen Versicherten (egal welcher Krankenkasse) an. Der Bonus wird Ihnen einmalig pro LANR mit Ihrem Honorarbescheid ausgezahlt. Die Möglichkeit des Erwerbs des Bonus besteht bis zum 31. Dezember 2016. Unter www.curacampus.de steht Ihnen die Fortbildung ab sofort zur Verfügung.

QS-Vereinbarung „Hörgeräteversorgung“

Bislang musste der jährliche Nachweis der messtechnischen Kontrolle der Medizinprodukte zur Bestimmung der Hörfähigkeit (Ton- und Sprachaudiometer) gemäß Paragraph 11 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung sowohl in der Fachabteilung „Abrechnung“ als auch im Rahmen der Hörgeräteversorgung zusätzlich in der Fachabteilung „Qualitätssicherung“ eingereicht werden.

Dieser **doppelte Aufwand entfällt** künftig: Ärzte mit einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten müssen diesen Nachweis zusammen mit den Abrechnungsunterlagen nur noch an folgende Anschrift senden:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Quartalsabrechnung
93031 Regensburg

Neue QS-Vereinbarung „Holmium-Laser“

Am 1. April 2016 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser in Kraft. Zeitgleich werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 36289, 36290 und 36829 aufgenommen (siehe Seite 35). Der Holmium-Laser-Eingriff kann als Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP) oder als Holmium-Laser-Resektion (HoLRP) der Prostata durchgeführt werden.

Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen ist eine durch die KVB erteilte **Belegarztgenehmigung** und eine **Genehmigung nach der QSV Holmium-Laser** bei bPS. Die Genehmigung kann auf zwei Wegen beantragt werden:

Antrag nach Übergangsregelung

Dieser Antrag ermöglicht einen Zugang zur Genehmigung unter erleichterten Voraussetzungen, wenn bereits **vor dem 1. April 2016** Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden (zum Beispiel im Wege der Kostenerstattung). Nachzuweisen sind in diesem Fall

- die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung sowie Dokumentation von 30 Holmium-Laser-Behandlungen bei bPS **innerhalb von zwei Jahren** vor Antragstellung und
- die apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen nach den Paragraphen 4 und 5 QSV. Abweichend von Paragraph 4 genügt der Nachweis eines Geräts mit einer maximalen Leistung von mindestens **50 W**

(bestätigt durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers).

Die Einzelheiten können dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/H/Holmium-Laser-Behandlung/Antrag nach Übergangsregelung* entnommen werden. Dort ist auch das Formular für die Gewährleistungserklärung eingestellt. Der Antrag nach Übergangsregelung muss **spätestens bis 30. September 2016** gestellt werden. Danach sind nur noch Neuanträge möglich. Wenn die Voraussetzungen der Übergangsregelung erfüllt werden und der entsprechende Antrag gestellt wird, können die neuen Leistungen ab 1. April 2016 abgerechnet werden, bis über den Antrag entschieden wird (siehe Paragraph 10 Absatz 2 QSV). Dennoch sollte auch der Antrag nach der Übergangsregelung so schnell wie möglich eingereicht werden, damit die Genehmigung zeitnah erteilt werden kann.

Neuantrag

Sofern die Durchführung und Abrechnung der Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS in der vertragsärztlichen Versorgung **erstmalig** erfolgen soll, ist ein Neuantrag zu stellen. In diesem Fall sind folgende Voraussetzungen nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Urologie
 - Durchführung von mindestens **40** Holmium-Laser-Behandlungen bei bPS (HoLEP/HoLRP) **unter Anleitung** in einer Einrichtung. Die Anleitung muss durch einen Arzt erfolgt sein, der mindestens 100 HoLEP/HoLRP selbstständig durchgeführt hat, zum Zeitpunkt der Anleitung diese Leistungen regelmäßig erbringt und in dessen Einrichtung mindestens 30 Eingriffe pro Jahr durchgeführt werden, und
 - die apparative, räumliche und organisatorische Anforderung nach den Paragraphen 4 und 5 QSV gegeben sind. Das Gerät muss über eine maximale Leistung von mindestens **80 W** verfügen (bestätigt durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers).
- Näheres kann dem Antragsformular sowie der Gewährleistungserklärung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/H/Holmium-Laser-Behandlung/Neuantrag beziehungsweise Gewährleistungserklärung* entnommen werden. Die Leistungen können erst ab Erteilung des Genehmigungsbescheids durchgeführt und abgerechnet werden.
- Die QSV sieht darüber hinaus vor, dass folgende **organisatorische** Voraussetzungen (siehe Paragraph 5 QSV) erfüllt werden:
- Sicherstellung einer **postoperativen Nachbeobachtung** von mindestens 24 Stunden durch qualifiziertes Fachpersonal (Fachgesundheits- beziehungsweise Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege oder Gesundheits-/Krankenpfleger mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich Anästhesiologie/Intensivmedizin) sowie die durchgehende **Verfügbarkeit eines Facharztes**, für dessen Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungszeit von mindestens sechs Monaten im Bereich Intensivmedizin vorgeschrieben ist, und
 - Gewährleistung einer intensivmedizinischen Behandlung im Bedarfsfall. Wird mit einer Zielklinik mit Intensivstation kooperiert, muss der Patient innerhalb von 30 Minuten in diese Zielklinik verbracht werden können.

Die Indikation und die Durchführung der Holmium-Laser-Behandlung ist nach definierten Vorgaben prä-, intra- und postoperativ zu dokumentieren (siehe Paragraph 6 QSV).

Für alle Holmium-Laserbehandlungen bei bPS muss nach Paragraph 7 QSV eine **zusammenfassende Jahresstatistik** nach festgelegten Vorgaben erstellt werden. Die Datenübertragung dieser Angaben erfolgt in einem **elektronischen** Dokumentationsverfahren und ist jeweils bis zum 31. März des Folgejahres bei der Datenannahmestelle einzureichen. Die Verpflichtung zur Datenerfassung für die erste Jahresstatistik beginnt am **1. Oktober 2016**. Hierzu werden in den nächsten Wochen weitere Informationen veröffentlicht.

Den Volltext der QSV können Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Holmium-Laser bei bPS* abrufen.

Aktivierung KV-Ident Plus Token

Zwischen den Jahren haben uns viele Anrufe von Mitgliedern erreicht, die ihre Online-Abrechnung nicht einreichen konnten, weil ihr neuer KV-Ident Plus Token noch nicht aktiviert, die alte KV-Ident Gridkarte aber bereits abgelaufen ist. Daher bitten wir alle Mitglieder, die einen KV-Ident Plus Token von uns erhalten haben oder diesen noch erhalten werden, dringend Folgendes zu beachten: **Der KV-Ident Plus Token muss mithilfe einer noch gültigen KV-Ident Gridkarte aktiviert werden.**

Seit August 2015 erhalten Ärzte und Psychotherapeuten, die bisher KV-Ident genutzt haben, zehn Wochen vor Ablauf ihrer KV-Ident Gridkarte automatisch einen KV-Ident Plus Token zugesandt. **Dieser Token muss mithilfe der KV-Ident Gridkarte aktiviert werden.** Dies ist eine Anforderung des Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, die gewährleistet, dass kein Unbefugter durch den Wechsel auf KV-Ident Plus Zugang zu Ihren Patienten- und Praxisdaten erhält.

Voraussetzung für die Aktivierung ist, dass die KV-Ident Gridkarte noch gültig ist. Wie sich herausgestellt hat, haben viele Ärzte und Psychotherapeuten versäumt, ihren KV-Ident Plus Token vor Ablauf der KV-Ident Gridkarte zu aktivieren. Dadurch kam es bei unserer Telefonberatung zu einem deutlich erhöhten Anruferaufkommen.

Wenn Ihre KV-Ident Gridkarte demnächst ausläuft und Sie Ihren KV-Ident Plus Token von uns erhalten, empfehlen wir Ihnen, diesen möglichst schnell zu aktivieren und die VPN-Software zu installieren. Nur dann können Sie Ihre Abrechnungsunterlagen reibungslos einreichen.

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

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Zum 1. Januar 2016 wurde der Vordruck zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) Muster 1 geändert. Der Vordruck „Krankengeldauszahlungsschein“ Muster 17 ist entfallen. Außerdem wurde die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angepasst. Bei Redaktionsschluss war der Beschluss noch nicht in Kraft.

Hierzu einige Hinweise:

- Die Möglichkeit, ausnahmsweise rückwirkend eine AU auszustellen, wurde von zwei auf drei Tage verlängert.
- Da der Krankengeldauszahlungsschein entfallen ist und die AU nunmehr nicht nur für Zeiten der Entgeltfortzahlung, sondern auch für Zeiten des Krankengeldbezugs auszustellen ist, muss der Durchschlag Muster 1b für den Arbeitgeber auch für Zeiten des Krankengeldbezugs zur Verfügung gestellt werden.
- Eine Vordatierung der AU-Bescheinigung auf den Folgetag ist nicht zulässig. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte nach Erbringung der Arbeitsleistung den Arzt aufsucht und – beginnend ab dem Folgetag – seiner Arbeit nicht nachgehen kann. Auch in diesem Fall sind die Feststellung und der Beginn der AU ab dem Untersuchungstag auszustellen, und nicht erst ab dem nächsten Arbeitstag. Davon zu unterscheiden ist, dass der Zeitraum für die Entgeltfortzahlung arbeitsrechtlich erst an dem Tag beginnt, an dem die Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht erbracht werden kann.
- Auf der AU Muster 1 soll der Arzt bescheinigen, wenn ihm bekannt ist, dass es sich um einen Krankengeldfall handelt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Zeitraum der Entgeltfortzahlung

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(nach regelmäßig sechs Wochen) ausgelaufen ist oder wenn noch kein Entgeltfortzahlungsanspruch bei einem neuen Beschäftigungsverhältnis besteht. Der Arzt gibt mit dieser Angabe lediglich einen Hinweis an die Krankenkasse, bestätigt aber nicht das Vorliegen eines Krankengeldfalls.

- Krankenhausärzte dürfen im Rahmen des Entlassmanagements AU-Bescheinigungen Muster 1 für bis zu sieben Tage ausstellen. Dagegen darf Muster 1 vom Krankenhausarzt nicht für den stationären Aufenthalt ausgestellt werden.
- Bei Vordruck Muster 1 handelt es sich um ein vertragsärztliches Formular. Dies darf nur bei GKV-Versicherten, nicht jedoch bei Privatpatienten verwendet werden. Ist bei Privatpatienten eine AU erforderlich, erfolgt diese als privatärztliches Attest.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 - 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 - 6 62 03
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

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 Seminarkonzept 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:

- 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 2015)
- 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:

- 12. März 2016
KVB Regensburg
- 7. Mai 2016
KVB Würzburg
- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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:

- 16. März 2016
KVB Regensburg
- 4. Mai 2016
KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 20. April 2016
KVB Augsburg
- 1. Juni 2016
KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
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:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Mai 2016
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im 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 allein 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.

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
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
- 1. Juni 2016
KVB Regensburg
- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 9. April 2016
KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. April 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 4. Juni 2016
KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
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/KVB-Seminare für
den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 - 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Chirurgen, Orthopäden, Reha

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

QEP® - Einführungsseminar

QEP® - Einführungsseminar

Datenschutz in der Praxis

Erste Basics für MFA Hautärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärzte und Kinderärzte

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Kinderarztpraxen

Gründer-/Abgeberforum

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Abrechnungsworkshop - Augenärzte

Abrechnungsworkshop - Frauenärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

DMP - Diabetes mellitus TYP 2: eintägige Eingangsfortbildung

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Erste Basics für MFA HNO

Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Hautkrebscreening

Alles rund ums Arbeitsrecht

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
		6. April 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	2. April 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	1. April 2016	15.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		2. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	2. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/Existenzgründer	kostenfrei	9. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		23. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
		23. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	9. April 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		27. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		20. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	15. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
DMP-Ärzte	80,- Euro	16. April 2016	9.00 bis 15.15 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. April 2016	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	160,- Euro	23. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München

KVBIINFOS 04|16

ABRECHNUNG

- 50 Die nächsten Zahlungstermine
- 50 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016
- 52 Eintrag des Erstveranlassers auf Muster 10
- 52 Abrechnung der Spirometrie

VERORDNUNG

- 53 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 53 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 54 Neues T-Rezept ab 1. Februar 2016
- 54 Parenterale Ernährung
- 54 Glukosetoleranztest
- 55 Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung
- 55 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

QUALITÄT

- 55 DMP-Feedbackberichte für zweites Halbjahr 2015

IT IN DER PRAXIS

- 56 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern
- 57 Einstellung des KV-Ident Verfahrens

ALLGEMEINES

- 58 Übersendung ärztlicher Unterlagen an den MDK
- 58 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

SEMINARE

- 59 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 60 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 61 Notfalltraining für das Praxisteam
- 62 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

11. April 2016
Abschlagszahlung März 2016

29. April 2016
Restzahlung 4/2015

10. Mai 2016
Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. April 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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,
- 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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigelegt werden.

Hinweis zur Sammelerklärung:

Ab März 2016 (beginnend mit dem Abrechnungsquartal 1/2016) wird Ihnen in Verbindung mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung im Portal ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt und Sie erhalten keine Blanksammelerklärung mehr mit den Honorarunterlagen (wie zuletzt im Februar 2016).

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der Originalunterschrift(en) nach wie vor erforderlich.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:

Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Eintrag des Erstveranlassers auf Muster 10

Kann ein zu Laborleistungen beauftragter Arzt nicht alle geforderten Laborparameter selbst bestimmen, kann er diese mit Muster 10 weiter überweisen (siehe „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ zu Muster 10 Nummer 14). Nur in solchen Einzelfällen ist auf Muster 10 der Arzt, der ursprünglich die Laboruntersuchungen beauftragt hat, als Erstveranlasser mit Betriebsstättennummer (BSNR) und Lebenslanger Arztnummer (LANR) einzutragen.

Wird einem Arzt hingegen ein Patient zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen (Muster 6) und benötigt er für seine Diagnostik Laborwerte, so darf der überweisende Arzt nicht als Erstveranlasser für die vom mit-/weiterbehandelnden Arzt beauftragten Laborleistungen eingetragen 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

Abrechnung der Spirometrie

Das Bayerische Landessozialgericht hat in seinem Urteil vom 21. Oktober 2015 (Az.: L 12 KA 114/14 und Az.: L 12 KA 115/14) ausgeführt, dass der Begriff spiographische Untersuchung umfassend zu verstehen ist. Dies ergebe sich aus ihrer Zielsetzung – der Beurteilung der Lungenfunktion. Je nach medizinischer Notwendigkeit beinhalte die spiographische Untersuchung daher auch verschiedene Messkomplexe, zum Beispiel Messungen in Ruhe, nach Laufbandbelastung und nach Lyse.

Werden folglich am selben Behandlungstag nacheinander mehrere Messzyklen durchgeführt, handle es sich nicht um jeweils eigenständig abrechenbare spiographische Untersuchungen. Vielmehr liege nur eine einheitliche Untersuchung vor.

Ausgehend vom umfassenden Untersuchungs-begriff folge, dass die Abrechenbarkeit der Gebührenordnungspositionen (GOP) **04330 EBM** auf **einmal je Sitzung** beschränkt ist. Analog verhält es sich bezüglich der inhaltsgleichen **GOP 03330 EBM**.

Bitte beachten Sie auch die im EBM aufgeführten Abrechnungsausschlüsse der GOPen 03330 und 04330 EBM.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
 Expertin Katharina Morschevsky unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 20
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 83 20
 E-Mail Katharina.Morschevsky@kvb.de

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zuletzt Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Lifestyle Arzneimittel (Anlage II)

Neu aufgenommen wurden: Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma® (Minoxidil), Mysimba® (Bupropion und Naltrexon), Saxenda® (Liraglutid), Fortacin® (Lidocain und Prilocain), Vitaros® HEXAL (Alprostadil)

Anpassungen bei ATC-Codes beziehungsweise Arzneimittelbezeichnungen: Antiadiposum RIEMSER®, Alfatradiol

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III):

In Nummer 6 (Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen) und Nummer 18 (Anti-phlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen) werden fixe Kombinationen mit einem Mydriatikum zur Anwendung am Auge als verordnungsfähige Ausnahme zusätzlich aufgenommen.

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

Für polysol®, polysol® 2,0 %, SentoI® wird die Befristung bis zum 27. Januar 2021 verlängert.

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 im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Afatinib
- Belacept
- Ceritinib
- Crizotinib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Dimethylfumarat – Änderung qualitätsgesicherte Anwendung
- Eliglustat
- Insulin degludec/Liraglutid
- Lenvatinib
- Nivolumab
- Ruxolitinib – neues Anwendungsgebiet
- Safinamid
- Vortioxetin

Weitere Informationen hierzu 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

Inimur®-Creme, -Kombipackung, -Vaginalstäbchen und -Tabletten werden nicht mehr hergestellt, daher wurden diese Präparate von unserer Liste gestrichen.

Unsere Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel (Stand: 3. Februar 2016) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Neues T-Rezept ab

1. Februar 2016

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat kurzfristig über das neue T-Rezept informiert. Diese Informationen stellen wir Ihnen nachfolgend zur Verfügung:

- Es wurde dem aktuellen Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) angepasst.
- Das Verordnungsblatt sieht nur noch eine Datumsangabe vor.
- Die jeweiligen Rückseiten des T-Rezeptformulars bleiben unverändert.
- Die neuen Vordrucke des T-Rezepts werden ab 1. Februar 2016 durch das BfArM ausgegeben.
- Die bis zum 1. Februar ausgegebenen T-Rezeptformulare behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Ausfüllhinweise finden Sie in „Verordnung Aktuell“ (Stand: 10. Februar 2016) unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Parenterale Ernährung

Immer wieder erreichen uns Anfragen zu den Dienstleistungen von Krankenkassen, die mit der Firma Carenoble Gesellschaft für Gesundheitsökonomie mbH & Co. KG im Bereich der Verordnung von parenteraler Ernährung zusammenarbeiten. Die Beratung zu Fragen der wirtschaftlichen Verordnungsweise gehört unter anderem zu den gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, sodass grundsätzlich gegen Angebote von Krankenkassen in diesem Bereich nichts einzuwenden ist.

Offenbar wird eine Patientenerklärung zur Weitergabe von Sozial-/Verordnungsdaten an die vertragsbeteiligten Firmen eingeholt. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Sozialdaten des Patienten für die Erstellung eines Verordnungsvorschlags benötigt werden. Jedoch besteht nach eigenen Angaben der oben genannten Firma auch die Möglichkeit, Patientenseudonyme bei der Anwendung des Programms zu nutzen.

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

Glukosetoleranztest

Glukose für den Oralen Glukosetoleranztest (OGT) beziehungsweise für Screening auf Gestationsdiabetes ist als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. Aus wirtschaftlichen Gründen soll die Glukose als Pulver in Portionen (Tütchen) über die Apotheke bestellt werden.

Es empfiehlt sich, Glukose-Monohydrat (Traubenzucker) zu rezeptieren. Dies ist besser löslich. 75 g Glukose entsprechen 82,5 g Glukose-Monohydrat. Rezepturbeispiel: 12 x 82,5 g Glukose-Monohydrat.

Beim Screening auf Gestationsdiabetes werden 50 g Glukose im ersten Test eingesetzt. Dies entspricht 55 g Glukose-Monohydrat. Rezepturbeispiel: 12 x 55 g Glukose-Monohydrat.

Für den OGT werden 82,5 g Glukose-Monohydrat in Wasser gelöst und auf 300 ml aufgefüllt, für das Screening auf Gestationsdiabetes 55 g in 200 ml gelöst.

Als unwirtschaftlich gelten:

- Verordnungen von Fertigpräparaten
- Verordnungen von Rezepturen über gebrauchsfertige Lösungen, auch mit weiteren Bestandteilen (zum Beispiel Säuerungsmitteln, Fruchtaromen) beziehungsweise Verordnungen von Rezepturen bestehend aus Pulvermischungen mit weiteren Bestandteilen

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

Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung

Durch den engen Kontakt und ständigen Austausch mit unseren Mitgliedern wurde die Notwendigkeit erkannt, die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung in einzelnen Abschnitten zu ändern beziehungsweise zu ergänzen. Eine Zusammenfassung der Änderungen und Ergänzungen mit Stand 3. Februar 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung-aktuell/2016*.

Eine aktualisierte Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung mit Stand 1. Januar 2016 steht Ihnen auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* ebenfalls 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

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bezüglich der Impfungen gegen Gelbfieber, Meningokokken B und Pneumokokken sind zwischenzeitlich in der Schutzimpfungs-Richtlinie berücksichtigt.

Darüber hinaus wurden weitere redaktionelle Anpassungen zur Verbesserung der Lesbarkeit vorgenommen.

Mehr dazu lesen Sie in „Verordnung Aktuell“ (Stand: 17. Februar 2016) unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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 zweites Halbjahr 2015

Die Feedbackberichte für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) sind aus den DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2015 erstellt worden und online abrufbar. Basis des Berichts beim DMP Brustkrebs ist das gesamte Jahr 2015. Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte erhalten so eine praxisindividuelle Rückmeldung zu den Behandlungen ihrer Patienten in Bezug auf die vereinbarten Qualitätsziele und im Vergleich zu ihren bayerischen Kollegen.

Mithilfe von SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie hierfür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20152“ für das zweite Halbjahr 2015).

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

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie bereits in den Ausgaben 04/2015 und 12/2015 der KVB INFOS möchten wir Ihnen an dieser Stelle wieder die aktuellen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB zur Verfügung stellen und Sie zugleich über den größten Zuwachs

der Installationszahlen der letzten zwölf Monate informieren.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: x Installationen in der Statistik bedeuten, dass x Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise den Systemen des

genannten Anbieters in einem Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 4/2014 wurden insgesamt 18.337 Installationen vermerkt, im Quartal 4/2015 waren es 18.386. Zum Jahresende 2015 waren insgesamt 118 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 4/2014 zu 4/2015
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.317	18,04%	+136
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.580	14,03%	+1
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.755	9,55%	-46
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.621	8,82%	-19
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	976	5,31%	-28
6	ALBIS	CompuGroup Medical	915	4,98%	-15
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	850	4,62%	+2
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	656	3,57%	-24
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	605	3,29%	+15
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	459	2,50%	-4

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 4/2014 bis 4/2015	Installationen gesamt (Stand 4/2015)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+136	3.317
2	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+30	146
3	Elefant	HASOMED GmbH	+28	223
4	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+22	147
5	tomedo	zollsoft GmbH	+19	69
6	easymed	promedico/medatixx GmbH	+15	605
7	Smarty	New Media Company	+13	167
8	RescuePro	RescuePro Production GbR	+13	82
9	Med7	Bitron GmbH	+12	162
10	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+11	11

Einstellung des KV-Ident Verfahrens

In den vergangenen Ausgaben der KVB INFOS haben wir Sie bereits umfassend über die Ablösung von KV-Ident durch das neue und noch sicherere KV-Ident Plus Verfahren informiert. Mittlerweile haben wir über 18.000 KV-Ident Plus Token ausgegeben, über 12.300 davon sind bereits aktiviert worden.

Wir bitten alle Mitglieder, die ihren KV-Ident Plus Token noch nicht aktiviert haben, dies dringend innerhalb der nächsten Wochen nachzuholen und dazu die kostenfreie VPN-Software auf ihrem PC zu installieren. **Nur so kann sichergestellt werden, dass es bei der Einreichung der Abrechnung zu keinen Schwierigkeiten kommt.**

Wir werden das bisherige KV-Ident Verfahren voraussichtlich **bis Ende September 2016** beenden. KV-Ident Gridkarten, die eine längere Laufzeit haben, werden von uns früher beendet. Diejenigen Mitglieder, die aktuell noch eine KV-Ident Gridkarte im Einsatz haben, werden darüber von uns rechtzeitig informiert.

Zukünftig wird es dann nur noch zwei Möglichkeiten geben, auf die Online-Anwendungen im Sicheren Netz der KVen zuzugreifen: KV-Ident Plus und KV-SafeNet*.

Bei Fragen zu den beiden Anbindungswegen erreichen Sie unsere Berater „IT in der Praxis“ unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Übersendung ärztlicher Unterlagen an den MDK

In den KVB INFOS, Ausgabe 09/2015, Seite 118, hatten wir über das sogenannte Umschlagverfahren, also die Weiterleitung von ärztlichen Unterlagen über die Krankenkassen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) informiert und darauf hingewiesen, dass einerseits eine Gesetzesänderung ansteht, die die unmittelbare Übersendung an den MDK regeln wird, andererseits der Bayerische Datenschutzbeauftragte erklärt hat, dass die bisherige Vorgehensweise der Kassen für eine einjährige Übergangsfrist nicht beanstandet wird.

Zum 1. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft getreten, durch das der Paragraf 276 Absatz 2 SGB V geändert wurde und nunmehr verpflichtend vorsieht, dass Unterlagen mit versichertenbezogenen Daten von Vertragsärzten und -psychotherapeuten ausschließlich unmittelbar an den MDK zu übersenden sind.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 62 03
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Haus- und Facharzt- thesauren aktualisiert

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat auf seiner Internetseite www.zi.de die aktualisierten Haus- und Facharztthesauren Version ICD-10-GM-2016 mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen bereitgestellt. Sie finden die Thesauren unter www.zi.de in der Rubrik Projekte/Kodierung.

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 Seminarkonzept 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:

- 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 2015)
- 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:

- 7. Mai 2016
KVB Würzburg
- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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. Mai 2016
KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst

- Informationen zu Abrechnung und Formularen im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 20. April 2016
KVB Augsburg
- 1. Juni 2016
KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
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:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis

Sicher im Bereitschafts- dienst und beim Hausbesuch

- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Mai 2016
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

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 allein 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.

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
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
- 1. Juni 2016
KVB Regensburg
- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 9. April 2016
KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. April 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 4. Juni 2016
KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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/KVB-Seminare für
den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop – Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop – Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop – Augenärzte

Abrechnungsworkshop – Frauenärzte

Abrechnungsworkshop – Hautärzte

Abrechnungsworkshop – HNO

Abrechnungsworkshop – Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

DMP – Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Erste Basics für MFA HNO

Erste Basics für MFA Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Erste Basics für MFA Orthopäden, Chirurgie

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – konservativ tätige Fachärzte

Hautkrebscreening

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Infoveranstaltung ASV – Onkologische Erkrankungen

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. April 2016 4. Mai 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Mai 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. April 2016 3. Mai 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016 11. Mai 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. April 2016 28. April 2016 10. Mai 2016 11. Mai 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg Würzburg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Mai 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. April 2016 11. Mai 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	11. Mai 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016 11. Mai 2016	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing München
DMP-Ärzte	95,- Euro	4. Juni 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisabgeber/Existenzgründer	kostenfrei	23. April 2016 23. April 2016 16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg Augsburg Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. April 2016 1. Juni 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	23. April 2016 4. Juni 2016	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Augsburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	4. Juni 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Mai 2016	17.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	27. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. April 2016	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 05|16

ABRECHNUNG

- 66 Die nächsten Zahlungstermine
- 66 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 67 Hochvolttherapie – GOPen 25320 bis 25323
- 68 Planung der Geburtsleitung nicht neben GOP 01770
- 68 Abrechnungsausschlüsse zu GOP 04410
- 68 Künstliche Befruchtung – Kostenübernahme
- 69 PET, PET/CT – Kooperationspartner
- 69 EBM-Anpassung an Soziotherapie-Richtlinie
- 69 Organisierter Bereitschaftsdienst – GOP 01418
- 70 GOP 06225 – Strukturpauschale rechtmäßig

VERORDNUNG

- 71 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 72 Blutzuckerteststreifen
- 72 Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen
- 73 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 73 Verordnungseinschränkung für Glinide ab 1. Juli 2016
- 74 Natalizumab
- 74 SGLT-2-Inhibitoren und Ketoazidose
- 74 Verordnung von Vitamin D-Präparaten
- 75 Heilmittel: Praxisbesonderheiten – Kodierung präzisiert
- 76 Verordnung von Spacern für Dosieraerosole
- 76 Rückforderungen wegen hoher Verordnungsmengen
- 77 Sprechstundenbedarf in Heimen zur Akutversorgung

IT IN DER PRAXIS

- 78 D2D-Abschaltung

SEMINARE

- 79 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 80 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 81 Notfalltraining für das Praxisteam
- 82 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Mai 2016
Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen
individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, „einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs zu veröffentlichen“ (Paragraf 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V). Mit der nachfolgenden Veröffentlichung kommt die KVB diesem Gesetzauftrag nach.

Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KVB gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

Grundsätze des HVM der KVB

Verständlichkeit

Die Honorarverteilung basiert schwerpunktmäßig auf einer Obergrenzen-Systematik. Bis zu dieser Obergrenze erfolgt die Vergütung zu den Preisen der €-Gebührenordnung, bei Überschreitung der Obergrenze erfolgt eine abgestaffelte Vergütung. Die Obergrenze selbst ergibt sich dabei grundsätzlich aus dem Produkt der aktuell vom Arzt im Quartal abgerechneten Fallzahl multipliziert mit – bereits vor Jahresbeginn mitgeteilten – kalkulatorischen Fallwerten für Regelleistungsvolumen (RLV) und für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

Für jedes Mitglied der KVB sollen die Maßnahmen und Methoden des HVM transparent und klar dargestellt werden. Dies geschieht durch die entsprechenden Veröffentlichungen des HVM, flankiert von weiteren Maßnahmen wie Rundschreiben, Informationsbroschüren und einem jeweils aktualisierten Internetauftritt zum Thema Honorar.

Verteilungsgerechtigkeit

Um die einzelnen Fachgruppen vor einer Dynamik in anderen Fachgruppen zu schützen, sieht der HVM feste Fachgruppentöpfe vor. Innerhalb dieser Fachgruppentöpfe sind – je nach Situation und speziellen Bedürfnissen der einzelnen Fachgruppen – fachgruppenspezifische Besonderheiten und auf die jeweilige Fachgruppe zugeschnittene QZV beziehungsweise innerhalb der Fachgruppe zu fördernde Leistungen vorgesehen. In Fällen, in denen darüber hinaus praxisindividuelle Besonderheiten vorliegen, bestehen entsprechende Antragsmöglichkeiten.

Rechtssicherheit

Der HVM beachtet in seiner Gestaltung die gesetzlichen Vorgaben und die entsprechende Rechtsfortbildung im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Kalkulationssicherheit

Die kalkulatorischen Jahresfallwerte können – je nach Abrechnungsergebnis in der Fachgruppe – im jeweiligen Abrechnungsquartal nur bis auf eine garantierte, fest definierte Untergrenze abgesenkt werden. Bei den RLV-Fallwerten liegt diese Grenze bei 95 Prozent, bei den QZV-Fallwerten bei 85 Prozent. Damit kann ein Arzt im Grunde bereits zu Beginn des Quartals seine Obergrenze „hochrechnen“ und entsprechend kalkulieren. Gleiches gilt für Leistungen, die über Leistungstöpfe vergütet werden. Auch hier gibt es – bis auf wenige Ausnahmen – eine Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent.

Versorgungsziele des HVM der KVB

Aus diesen Grundsätzen und unter Berücksichtigung der bayerischen

Hochvolttherapie – GOPen 25320 bis 25323

Versorgungslandschaft ist das Versorgungsziel des HVM der KVB die bestmögliche ambulante Versorgung der Patienten bei gleichmäßigen Versorgungsbedingungen im Flächenland Bayern nach Maßgabe des rechtlichen Rahmens, insbesondere unter den Bedingungen eines gesetzlichen Budgets und unter Beachtung der Vorgaben der Rechtsprechung zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Aus diesem Versorgungsziel leiten sich die folgenden weiteren Ziele ab:

Planungssicherheit

Der HVM soll zur Sicherung einer stabilen Patientenversorgung eine angemessene Vergütung und eine verlässliche wirtschaftliche Planbarkeit für die Praxen gewährleisten.

Direkter Bezug zur Leistung/Kausalität in der Leistungserbringung

Durch Anknüpfung an die aktuelle Fallzahl verfolgt der HVM das Ziel der Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens.

Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Gesetzliche Aufgabe und damit auch Ziel der Honorarverteilung ist es, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit zu verhindern. Als Beispiele seien hier neben der grundsätzlichen Zuteilung einer Obergrenze die Maßnahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung und Fallwertminderung genannt.

Maßnahmen in Bezug zum Sicherstellungsauftrag/(drohende) Unterversorgung

Der HVM berücksichtigt die besondere Situation von Ärzten, die in unterversorgten beziehungsweise in drohend unterversorgten Gebieten tätig sind und setzt in diesen Fällen Mengenbegrenzungsregelungen mit Bezug zur Fallzahl für die im betref-

fenen Planungsbereich erbrachten Fälle automatisch aus. Ärzte in angrenzenden Planungsbereichen, die die Patientenversorgung aufrechterhalten, können einen Antrag auf Ausnahme von Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen stellen. Durch diese Maßnahmen soll möglichen Versorgungsengpässen in strukturschwachen Gebieten Rechnung getragen werden.

Berücksichtigung besonderer Konstellationen/Berücksichtigung eines besonderen Versorgungsbedarfs

Besondere Praxiskonstellationen werden im HVM entsprechend berücksichtigt. Die grundsätzliche Bezugnahme auf die aktuelle Fallzahl unterstützt zum Beispiel Praxen in der Aufbauphase und erleichtert den Wiedereinstieg in die Praxistätigkeit. Auch außerhalb von (drohend) unterversorgten Planungsbereichen trägt der HVM besonderen regionalen Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen Rechnung durch eine individuelle Antragsmöglichkeit auf Anpassung der Obergrenze.

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 Leistungen der Hochvolttherapie nach den Gebührenordnungspositionen 25320 bis 25323 EBM sind „je Fraktion“ berechnungsfähig. Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen beziehungsweise Strahleneintrittsfelder. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens drei Zielvolumina und je Behandlungstag höchstens zwei Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens sechs Stunden berechnungsfähig (siehe Präambel 25.1 Nr. 4 und 5 EBM).

Bitte beachten Sie, dass die Gebührenordnungspositionen 25320, 25321, 25322 und 25323 aus diesem Grund auf jeweils **sechs Ansätze am Behandlungstag beschränkt 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

Planung der Geburtsleitung nicht neben GOP 01770

Die Planung der Geburtsleitung nach der Gebührenordnungsposition 01780 ist nicht durch den Arzt berechnungsfähig, der die Schwangere während der Schwangerschaft betreut (siehe erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01780).

Bitte beachten Sie, dass im selben Arztfall (das heißt in einem Kalendervierteljahr durch denselben Arzt) die Gebührenordnungsposition 01780 und die Schwangerenbetreuung nach Gebührenordnungsposition 01770 daher nicht abgerechnet werden können.

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

Abrechnungsausschlüsse zu GOP 04410

Die Zusatzpauschale Kinderkardiologie nach der Gebührenordnungsposition 04410 ist im Behandlungsfall nicht neben den folgenden Einzelleistungen berechnungsfähig, da diese bereits in der Pauschale enthalten sind:

- Belastungs-EKG nach GOP 04321
- Aufzeichnung des Langzeit-EKG nach GOP 04322
- Computergestützte Auswertung des Langzeit-EKG nach GOP 04241
- Langzeit-Blutdruckmessung nach GOP 04324

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 – Kostenübernahme

Die Bundeswehr übernimmt für ihre Angehörigen die Kosten von Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung nur noch zu 50 Prozent. Gleichzeitig haben Soldatinnen und Soldaten durch die Abschaffung der bisher geltenden Besonderheiten Anspruch auf alle in den Richtlinien über die künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten ärztlichen Maßnahmen. Durch das 7. Besoldungsänderungsgesetz wurden zum 1. Januar 2016 die Ansprüche der Soldatinnen und Soldaten an die gesetzlich Krankenversicherten angeglichen.

Die Truppenärzte sind angewiesen, auf dem Überweisungsschein auf die Kostenübernahme in Anwendung des Paragraphen 27a SGB V hinzuweisen.

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

PET, PET/CT – Kooperationspartner

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 372. Sitzung eine Konkretisierung der Genehmigungsvoraussetzungen bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V rückwirkend zum 1. Januar 2016 vorgenommen. Zur Durchführung der PET/CT muss eine CT-Genehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vorgehalten werden. Hierzu kann ein Facharzt für Nuklearmedizin, der in der Regel selbst über keine CT-Genehmigung verfügt, einen radiologischen Kooperationspartner benennen. Im Rahmen des Antrags- und Genehmigungsverfahrens haben wir betroffene Ärzte bereits auf diese Möglichkeit hingewiesen. Das Antragsformular wurde entsprechend ergänzt.

Bitte beachten Sie für die Abrechnung der PET, PET/CT Folgendes: Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnitts 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

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

EBM-Anpassung an Sozio- therapie-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 22. Januar 2015 eine Änderung der Richtlinie zur Durchführung der Soziotherapie beschlossen. Mit Wirkung zum 1. April 2016 wird der Abschnitt 30.8 „Soziotherapie“ des EBM an die Neufassung der Richtlinie angepasst:

- Die maximale Anzahl der motivierenden Therapieeinheiten der Gebührenordnungsposition 30800 wurde von drei auf fünf Therapieeinheiten erhöht.
- Durch Ergänzung der ersten Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 wurde klargestellt, dass auch die Fachgruppen Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die Leistungen erbringen und abrechnen können.

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

Organisierter Bereit- schaftsdienst – GOP 01418

Zur Klarstellung, dass der Besuch im organisierten Bereitschaftsdienst nach GOP 01418 von allen zur Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst verpflichteten Fachgruppen berechnet werden kann, wurde die GOP 01418 nachträglich noch in die Präambeln der Kapitel 11 (Humangenetik), 12 (Laboratoriumsmedizin), 17 (Nuklearmedizin), 19 (Pathologie), 24 (Radiologie) und 25 (Strahlentherapie) als berechnungsfähige Leistung aufgenommen.

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 – Strukturpauschale rechtmäßig

Die Strukturpauschale für ausschließlich konservativ tätige Ärzte ist rechtmäßig. Das bestätigte das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 28. Oktober 2015 (Az. B 6 KA 42/14 R). Es wies die Klage eines Augenarztes ab, der als operativ tätiger Augenarzt die Strukturpauschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 06225 abrechnen wollte.

Das BSG stellte fest, dass der Bewertungsausschuss mit der Beschränkung der Abrechenbarkeit des Strukturzuschlags auf ausschließlich konservativ tätige Augenärzte seinen Gestaltungsspielraum bei der Schaffung des Zuschlags nicht überschritten hat und die Regelung auch nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen die in Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützte Berufsausübungsfreiheit und den allgemeinen Gleichheitssatz des Artikel 3 Absatz 1, verstößt.

Der Bewertungsausschuss habe sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, über die Definition sowie Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen zu steuern. Mit der Strukturpauschale erfolge eine grundsätzlich zulässige Steuerung des Leistungsverhaltens der Augenärzte im Interesse eines legitimen Regelungszwecks, nämlich der Verbesserung der Honorierung der konservativ tätigen Augenärzte zur langfristigen Sicherstellung einer fachärztlichen Basisversorgung.

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

In den KVB INFOS 9/2014 hatten wir empfohlen, gegen die in den Honorarunterlagen des jeweiligen Abrechnungsquartals ausgewiesene Streichung der GOP 06225 Widerspruch einzulegen, wenn Sie diese für unrechtmäßig halten. Aufgrund der nun vorliegenden Entscheidung des Bundessozialgerichts haben dahingehend eingelegte Widersprüche keine Aussicht auf Erfolg.

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

Anmerkung zu den Änderungen des EBM:

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses 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.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zuletzt Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Vor dem Hintergrund der erstmaligen Zulassung eines dualen Melatonin-Rezeptor-Agonisten zur Anwendung bei völlig blinden Erwachsenen zur Behandlung des Nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndroms (Non-24) hat sich ein veränderter Sachverhalt ergeben. Für vollständig blinde Patienten mit einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus kann eine länger als vier Wochen dauernde (chronische) Therapie mit **Hypnotika/Hypnogenen** oder Sedativa angezeigt sein. Diesem Umstand wird durch die Anpassung der Nr. 32 der Anlage III Rechnung getragen.

Therapiehinweise (Anlage IV)

Im Februar 2014 wurde die Zulassung für das **Omalizumab**-haltige Arzneimittel Xolair® um die Zusatztherapie für die Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria bei Erwachsenen und Jugendlichen (ab zwölf Jahren) mit unzureichendem Ansprechen auf eine Behandlung mit H1-Antihistaminika erweitert. Der G-BA hatte sich zunächst einen Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse verschafft. Im Wesentlichen sind die aktuelle Fachinformation von Xolair® und im Abschnitt Wirksamkeit zwei neue relevante Studien (Rubin 2012 und Bousquet 2011) eingeflossen. Im Abschnitt Wirksamkeit wird zudem der Hinweis auf Theophyllin gestrichen. Hintergrund ist die abnehmende Bedeutung von Theophyllin in der Versorgung von Asthmatikern. Auf die Empfehlungen zur wirtschaftlichen

Verordnungsweise blieben diese Änderungen ohne Einfluss.

Off-Label-Use (Anlage VI)

Schon im Dezember 2010 nahm der G-BA die **Valproinsäure** bei der Migräneprophylaxe im Erwachsenenalter in die Richtlinie auf. Nach einem Rote-Hand-Brief vom Dezember 2014 mit verschärften Warnhinweisen für valproinhaltige Arzneimittel als Ergebnis einer europaweiten Evaluierung wurden im Januar 2015 zunächst die Produktinformationen angepasst. Die Expertengruppe Off-Label-Use im BfArM hat anschließend ihre ursprüngliche Bewertung für die zulassungsüberschreitende Anwendung überprüft und eine Aktualisierung erstellt. Der G-BA griff diese neuen Hinweise auf, um im Beschlusstext noch stärker auf die gestiegenen Sicherheitsbedenken hinzuweisen.

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 im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Edoxaban
- Insulin degludec/Liraglutid – neues Anwendungsgebiet
- Netupitant/Palonosetron
- Pembrolizumab
- Tiotropium/Olodaterol
- Evolocumab
- Pertuzumab – neues Anwendungsgebiet

- Nivolumab – neues Anwendungsgebiet.

Hintergrundinformationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Blutzuckerteststreifen

Um Sie bei der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsziels „preisgünstige Blutzuckerteststreifen...“, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät“ effizient zu unterstützen, listen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* preisgünstige Blutzuckerteststreifen auf. Dort finden Sie eine Veröffentlichung mit dem Titel „Wirtschaftlichkeitsziel: Blutzuckerteststreifen“ vom 24. März 2016.

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

Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen

Die Krankenkassen in Bayern haben uns mitgeteilt, dass für ihre Versicherten die Kosten für Diabetes-Therapieschuhe im Einzelfall übernommen werden.

Das bedeutet für Sie: Sie verordnen nach Ihrem medizinischen Ermessen Diabetes-Therapieschuhe. Eine Genehmigung der Krankenkasse muss vom Leistungserbringer (zum Beispiel Orthopädie-Schuhtechnik) eingeholt werden, also nicht von Ihnen und nicht von Ihren Patienten!

Im Hilfsmittelverzeichnis sind ausschließlich konfektionierte (= industriell gefertigte) Therapieschuhe aufgeführt und somit verordnungsfähig.

Diabetes adaptierte Fußbettung

Alternativ führt das Hilfsmittelverzeichnis Diabetes adaptierte Fußbettungen auf. Diabetes adaptierte Fußbettungen sind indiziert nach länger bestehendem Diabetes mellitus mit nachweisbaren Störungen der Mikro- und Makrozirkulation sowie der nervalen Versorgung und den bereits eingetretenen Folgen:

- Gefühllosigkeit der Fußweichteile
- Funktionsstörungen der kleinen Fußmuskulatur
- Verstärkte Anfälligkeit der Haut gegenüber Infektionen
- auch bei bereits aufgetretenen Komplikationen wie Gangrän und Malum perforans

Es hat sich erwiesen, dass eine Diabetes adaptierte Fußbettung mit Ulcuseinbettung als nicht sinnvoll anzusehen ist. Vielmehr muss in diesen Fällen eine völlige Entlastung des betroffenen Fußes erreicht werden. Aus diesem Grund wird die Diabetes adaptierte Fußbettung bei

vorhandenem Ulcus nicht mehr im Hilfsmittelverzeichnis geführt.

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

Vagantin® hat zwischenzeitlich eine Zulassung erhalten und wurde daher von unserer Liste gestrichen.

Unsere Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel (Stand: 17. März 2016) steht für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* bereit.

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

Verordnungseinschränkung für Glinide ab 1. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu ändern. Der Beschluss tritt am 1. Juli 2016 in Kraft.

Zur Behandlung des Diabetes sind Glinide nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Ausgenommen sind Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance < 25 ml/min). Ihnen kann der Wirkstoff Repaglinid weiterhin verordnet werden, wenn keine anderen oralen Antidiabetika infrage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

Grund für die Verordnungseinschränkung sind fehlende wissenschaftlich hinreichende Nachweise des therapeutischen Nutzens der Glinide.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beanstandete den Beschluss des G-BA vom 17. Juni 2010. Nach Auffassung des BMG habe der G-BA für die erforderliche vergleichende Bewertung der Unzweckmäßigkeit oder Unwirtschaftlichkeit von Gliniden gegenüber Therapiealternativen keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege ermittelt.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg kam in seinem Urteil vom 27. Mai 2015 (Az.: L 7 KA 44/11 KL) allerdings zu dem Ergebnis, dass die vom BMG verfügte Beanstandung des Beschlusses rechtswidrig war. Der Senat hat die Beanstandung deshalb aufgehoben, das Gerichtsurteil ist inzwischen rechtskräftig.

Um Patienten sowie Ärzten ausreichend Gelegenheit zur medikamentösen Umstellung zu geben, hat sich der G-BA auf eine angemessene Frist (1. Juli 2016) bis zum In-

kräfttreten des Beschlusses verständigt.

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

Natalizumab

Empfehlungen der europäischen Zulassungsbehörde EMA zur PML-Risikominimierung unter Therapie mit Natalizumab (Tysabri®): Die progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) ist eine selten auftretende Erkrankung des zentralen Nervensystems, die durch das John-Cunningham-Virus (JC-Virus) ausgelöst wird.

Eine Infektion mit dem Virus verläuft bei gesunden Personen häufig unbemerkt. Bei immunsupprimierten Patienten kann das Virus eine Infektion im ZNS hervorrufen, die schwerwiegend und häufig letal verläuft. Die Prognose ist besser, je früher die PML entdeckt wird. Bisher gibt es keine kausale Therapie.

Zur Risikoabschätzung des Auftretens einer PML unter einer Therapie mit Natalizumab sind neue Daten verfügbar. In „Verordnung Aktuell“ vom 24. März 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* Hinweise für den behandelnden Arzt sowie für Patienten.

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

SGLT-2-Inhibitoren und Ketoazidose

Nach Informationen seitens der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) hat nun auch die europäische Zulassungsbehörde EMA ihre Empfehlungen zur Minimierung des Risikos einer Ketoazidose unter der Therapie mit einem SGLT-2-Inhibitor („Gliflozin“) veröffentlicht.

In „Verordnung Aktuell“ vom 24. März 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* Hinweise für den behandelnden Arzt sowie für Patienten.

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

Verordnung von Vitamin D-Präparaten

Auch wenn gefährliche Vitamin D-Mangelerkrankungen in Deutschland eher selten vorkommen, wird die Notwendigkeit einer Vitamin D-Supplementierung intensiv und durchaus kontrovers diskutiert. Daher kommt immer wieder die Frage auf, in welchen Fällen die Krankenkasse ein Vitamin D-Präparat übernimmt.

In „Verordnung Aktuell“ vom 29. März 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* unter „Verordnungsfähigkeit von Vitamin D-Präparaten“ weitere Informationen.

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

Heilmittel: Praxisbesonderheiten – Kodierung präzisiert

Aufgrund der Revision der bundesweit geltenden Klassifikation ICD-10-GM für das Jahr 2016 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband ihre Vereinbarung über Praxisbesonderheiten rückwirkend zum 1. Januar 2016 angepasst.

Änderung

Der Diagnosecode Z96.6 „Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten“ wurde zum 1. Januar 2016 um eine fünfte Stelle ergänzt: Z96.60 bis Z96.68. Damit kann die konkrete Lokalisation von orthopädischen Gelenkimplantaten verschlüsselt werden.

Eine Kodierung nach der Version 2015 der ICD-10-GM bleibt aber weiterhin möglich. Beispiel: Z96.88 „Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten“

Verordnungen, die auf Grundlage der neuen Codes sowie nach der Version 2015 der ICD-10-GM ausgestellt werden, gelten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Paragraph 106 SGB V als Praxisbesonderheit.

Der GKV-Spitzenverband hat in diesem Zusammenhang die Reihenfolge der Diagnosenangaben konkretisiert.

Praxisverwaltungssoftware

Ab 1. April 2016 sind die Änderungen in Ihrer Praxisverwaltungssoftware integriert.

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

1. ICD-10*	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- Sprachtherapie	
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2 / EX3	SB2		längstens sechs Monate nach Akutereignis
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenksprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenksprothese				

*) Eintrag in das ICD-10-Feld

Verordnung von Spacern für Dosieraerosole

Spacer (Vorschaltkammern) werden auf das Mundstück eines Dosieraerosolbehälters gesteckt. In die Vorschaltkammer wird das Medikament gesprüht, das darin eine Wolke bildet. Diese kann unabhängig vom Auslösen des Sprühstoßes eingeatmet werden. Personen, die die erforderliche Koordinierung zwischen Wirkstofffreisetzung aus einem treibgasgetriebenen Dosieraerosol und der Inspiration nicht beherrschen, werden so in die Lage versetzt, das Arzneimittel zu inhalieren.

Die Verwendung einer Inhalierhilfe ist aus medizinischer Sicht insbesondere bei der Anwendung eines Arzneimittels bei Kindern unter sechs Jahren sowie grundsätzlich in den Fällen empfehlenswert, in denen die erforderliche Koordinierung zwischen Wirkstofffreisetzung aus einem mit Treibgas getriebenen Dosieraerosol und der Inspiration durch den Patienten nicht gewährleistet ist.

Darüber hinaus kann bei der Verwendung einer Inhalierhilfe die pulmonale Deposition verbessert und insbesondere bei inhalativen Kortikosteroiden die Häufigkeit von unerwünschten oropharyngealen Arzneimittelwirkungen reduziert werden.

Bei Inhalierhilfen, die mit einer CE-Kennzeichnung versehen sind, ist davon auszugehen, dass die Produkte so ausgelegt und hergestellt sind, dass eine sichere Anwendung in Verbindung mit Materialien, Stoffen und Gasen, mit denen sie bei normaler Anwendung oder bei Routineverfahren in Kontakt kommen, gewährleistet ist. Sofern die Produkte zur Verabreichung von Arzneimitteln bestimmt sind, müssen sie so ausgelegt und hergestellt sein, dass sie entsprechend den für diese Arzneimittel geltenden Bestimmungen

und Beschränkungen mit den Arzneimitteln verträglich sind und ihre Leistung entsprechend ihrer Zweckbestimmung aufrechterhalten bleibt.

Die entsprechenden Hinweise der Hersteller von Dosieraerosolen sowie von Inhalierhilfen sind bei einer Kombination von Dosieraerosolen und Inhalierhilfen zu beachten.

Grundsätzlich sind beim Einsatz von Inhalierhilfen die jeweiligen Dosieranweisungen der Dosieraerosolanbieter sowie die maximalen Dosishöchstwerte gemäß den Fachinformationen zu berücksichtigen.

Applizierhilfen, die nicht auf das Mundstück aufgesetzt werden, sondern als alternatives Mundstück dienen sollen, sind ausschließlich zur Verwendung mit dem jeweiligen arzneimittelhaltigen Druckbehälter bestimmt und nach Leerung des Druckbehältnisses nicht zur Wiederverwendung vorgesehen. Sie sind keine Spacer nach dem Hilfsmittelverzeichnis und sind demnach nicht verordnungsfähig.

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

Rückforderungen wegen hoher Verordnungsmengen

Bei der Verordnung von Arzneimitteln wird dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht nur durch die Auswahl eines preisgünstigen Präparats Rechnung getragen, sondern auch durch die verordnete Menge. Vor jeder Wiederholung einer Verordnung soll geprüft werden, ob diese erforderlich ist und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungsdauer übereinstimmt. Dabei ist insbesondere auf Arzneimittelmissbrauch, -gewöhnung oder -abhängigkeit zu achten.

Folgende Tipps können Ihnen dabei helfen, Rückforderungen der Krankenkassen zu vermeiden:

- Wird die in der Fachinformation genannte Höchstmenge überschritten? Sie ist Teil der Zulassung eines Arzneimittels und bei einer Überschreitung liegt ein Off-Label-Use vor.
- Bitte achten Sie insbesondere bei Opiaten auf eine zwingende medizinische Indikationsstellung, sollten Sie über die empfohlenen Tageshöchstmengen hinaus verordnen.
- Prüfen Sie auch die Verbrauchsmengen bei inhalativen Darreichungsformen zur Behandlung von Asthma oder COPD: Liegt eventuell eine Mehrfachausstattung oder ein Fehlgebrauch vor, der durch eine Schulung des Patienten verbessert werden kann?

Für die Verordnungsmengen von Blutzuckerteststreifen haben wir mit den Krankenkassen in Bayern einen sogenannten Orientierungsrahmen abgestimmt. Höhere Verbrauchsmengen von Teststreifen – vor allem über längere Zeiträume – sollten von Ihnen kritisch hinterfragt werden.

Sprechstundenbedarf in Heimen zur Akutversorgung

Beachten Sie Verordnungseinschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie insbesondere für Hypnotika/Hypnogene und Sedativa zur Behandlung von Schlafstörungen sowie von Tranquillantien. Diese sind nur zur Kurzzeittherapie bis zu vier Wochen verordnungsfähig. Eine länger dauernde Behandlung ist nur in medizinisch begründeten Einzelfällen zulässig und bedarf einer besonderen Begründung. Achten Sie in diesen Ausnahmefällen auf eine entsprechende Zulassung der eingesetzten Präparate.

Denken Sie auch bei Protonenpumpenhemmern daran, die verordneten Mengen kritisch zu hinterfragen. Gerade in der Langzeittherapie werden oft zu hohe Dosierungen angewendet. Auch diese gut verträglichen Wirkstoffe haben ein Potenzial für Nebenwirkungen, sodass eine Dosisreduktion und Auslassversuche unbedingt versucht werden sollten („Step-down-Vorgehen“). Besprechen Sie mit Ihrem Patienten, dass es hierbei zu einem sogenannten „Rebound-Phänomen“ kommen kann.

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

Vonseiten des Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung wurde das Thema Lagerung des Sprechstundenbedarfs in Heimen zur Akutversorgung der Patienten aufgegriffen. Da das Lagerungsrecht nicht explizit geregelt ist, haben wir uns um Klärung des Sachverhalts bemüht. Hierzu liegt ein Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vor, aus dem wir Ihnen die folgenden Hinweise zusammengestellt haben.

Die Arzneimittelversorgung von Heimbewohnern findet durch öffentliche Apotheken statt. Sobald die Bewohner sich nicht mehr selbst mit Arzneimitteln und verordnungsfähigen Medizinprodukten versorgen können, muss ein Vertrag nach Paragraph 12a Apothekengesetz (ApoG) zwischen dem Heim und der öffentlichen Apotheke geschlossen werden.

Um außerhalb der regelmäßigen Versorgung mit Arzneimitteln eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung in Akutsituationen zu ermöglichen, dürfen die Ärzte, die die Heimbewohner behandeln, einen Teil ihres Sprechstundenbedarfs im Heim lagern.

Ist der Arzt im Einzelfall nach dem Treffen seiner therapeutischen Entscheidung nicht vor Ort, so kann er das hierfür benannte Personal dazu ermächtigen, das von ihm gewünschte Arzneimittel zu entnehmen und dem Patienten zu verabreichen. Sowohl die Entnahme als auch die Gabe des Arzneimittels an den Patienten sind genau zu dokumentieren.

Zusätzlich darf nach Paragraph 5c BtMVV ein Notfallvorrat von Betäubungsmitteln zur Anwendung an Heimpatienten in stationären Hospizen und Einrichtungen spezialisier-

ter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) angelegt werden. In unvorhergesehenen akuten Fällen können die Heimpatienten damit kurzfristig versorgt werden.

Für heimversorgende Ärzte gibt es also Möglichkeiten, die Akutversorgung von Patienten in Heimen kurzfristig sicherzustellen. Der Umfang und die Art der Arzneimittel werden dabei von der Sprechstundenbedarfsvereinbarung geregelt, während die Verantwortung für die ordnungsgemäße und sichere Lagerung der Arzneimittel beim Arzt liegt. Insbesondere ist darauf zu achten, dass der Sprechstundenbedarf vor fremder Entnahme und Anwendung Unbefugter geschützt gelagert wird. Denkbar wären hier abschließbare Schränke oder Fächer, zu denen nur der Arzt und gegebenenfalls ein befugter Vertreter der Heimleitung Zugriff hat.

Zu beachten ist neben den Einschränkungen, die sich aus der Sprechstundenbedarfsverordnung ergeben, eine sorgfältige Auswahl der Notfallmedikamente in möglichst geringem Umfang. Bevor ein solches Notfalldepot im Heim eingerichtet wird, sollte der Arzt mit der Heimleitung den Rahmen hierfür genau abstecken. Neben den Vorgaben zur ordnungsgemäßen und sicheren Lagerung sollte vor Einrichtung des Depots am besten in Form eines schriftlichen Vertrags vereinbart werden, wer Zugang dazu hat und wie die Entnahme und Anwendung von Arzneimitteln zu dokumentieren sind. Zusätzlich sollten Vereinbarungen zu regelmäßigen Kontrollen des Notfalldepots getroffen werden, um abgelaufene Arzneimittel zu entfernen.

Die zuständigen Überwachungsbehörden legen bei der Kontrolle oft unterschiedliche Maßstäbe an, so-

dass eine Beschränkung auf das Notwendige und die lückenlose Dokumentation des Notfalldepots wichtig sind.

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

D2D-Abschaltung

In den KVB INFOS, Ausgaben 1-2/2015, 5/2015 und 11/2015, haben wir Sie bereits ausführlich über die geplante Migration aller D2D-Anwendungen auf den technisch hochmodernen Kommunikationskanal KV-Connect informiert.

Die KV Telematik GmbH hat den 30. September 2016 für die endgültige Abschaltung aller D2D-Anwendungen festgelegt. Bis zu diesem Termin müssen alle Anwender, die über D2D die Online-Abrechnung, HKS- oder Dialyse-Dokumentationen, DALE-UV Berichte oder auch Arztbriefe verschicken, auf KV-Connect umgestellt haben.

Noch immer gibt es Praxisverwaltungssysteme (PVS), die nicht alle KV-Connect Anwendungen integriert haben. Vor allem DALE-UV ist hiervon stark betroffen. Ob Ihr PVS eine gewünschte Anwendung mittels KV-Connect bereits unterstützt, können Sie tagesaktuell im Audit-Register der KV Telematik GmbH unter www.kv-telematik.de in der Rubrik Für Partner und Softwarehäuser/KV-Connect Audit/Audit-Register überprüfen.

Darüber hinaus werden wir alle D2D-Teilnehmer in den nächsten Wochen persönlich anschreiben und sie über die notwendigen Schritte zur Umstellung auf KV-Connect 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

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:

- 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 2015)
- 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:

- 7. Mai 2016
KVB Würzburg
- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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. Mai 2016
KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst

- Informationen zu Abrechnung und Formularen im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 1. Juni 2016
KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
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:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken

- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 11. Mai 2016
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im 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, ereignen sich immer wieder schwierige 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.

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
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 1. Juni 2016
KVB Regensburg
- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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).

- 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)

Termine

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

- 4. Juni 2016
KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

Themenschwerpunkte

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

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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Abrechnungsworkshop - Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Alles rund ums Arbeitsrecht

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Koronare Herzkrankheit für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - Hypertonie (zweitägig)

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma/COPD

Erste Basics für MFA – Hausärztliche Kinderärzte

Erste Basics für MFA – Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Hautkrebsscreening

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Juni 2016 21. Juni 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Juni 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	9. Juni 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	8. Juni 2016 22. Juni 2016	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Nürnberg
DMP-Ärzte	95,- Euro	4. Juni 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	München
DMP-Ärzte	80,- Euro	18. Juni 2016	9.00 bis 13.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	10. Juni 2016 11. Juni 2016 17. Juni 2016 18. Juni 2016	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	10. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Juni 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Juni 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juni 2016 18. Juni 2016 18. Juni 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 9.30 bis 16.00 Uhr	Bayreuth München Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	160,- Euro	4. Juni 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	4. Juni 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	11. Juni 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juni 2016 25. Juni 2016	10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	15. Juni 2016 15. Juni 2016 22. Juni 2016	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth Würzburg Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Juni 2016 15. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Nürnberg

KVBIINFOS 06|16

ABRECHNUNG

- 86 Die nächsten Zahlungstermine
- 86 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016
- 87 Sammelerklärung
- 88 Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016
- 92 Neugeborenen-Untersuchungen U1 und U2
- 93 Urteil LSG Rheinland-Pfalz zu Widersprüchen einer KV

VERORDNUNG

- 94 Wunscharzneimittel
- 94 Switching
- 95 Sicherheitskanülen und -lanzetten
- 95 FAQ zu Heilmitteln

QUALITÄT

- 96 Einheitliche Anforderungen für Praxen und Krankenhäuser
- 97 Neue QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik
- 99 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

ALLGEMEINES

- 101 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

SEMINARE

- 102 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 104 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 105 Notfalltraining für das Praxisteam
- 106 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 10. Juni 2016**
Abschlagszahlung Mai 2016
- 11. Juli 2016**
Abschlagszahlung Juni 2016
- 29. Juli 2016**
Restzahlung 1/2016
- 10. August 2016**
Abschlagszahlung Juli 2016
- 12. September 2016**
Abschlagszahlung August 2016
- 10. Oktober 2016**
Abschlagszahlung September 2016
- 31. Oktober 2016**
Restzahlung 2/2016
- 10. November 2016**
Abschlagszahlung Oktober 2016
- 12. Dezember 2016**
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. Juli 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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,*
 - *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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Sammelerklärung

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Wichtige Hinweise zur Sammelerklärung finden Sie im folgenden Artikel auf dieser Seite.

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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Bei Fragen zum neuen Service erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 372. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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.

Humangenetik

Mit Wirkung zum 1. Juli 2016 wurde das Kapitel 11 EBM „Humangenetik“ grundlegend überarbeitet und die humangenetischen Leistungen der Abschnitte 11.3 und 11.4 an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen werden von uns gesondert informiert.

Was ändert sich?

- Die humangenetischen Laboruntersuchungen des Kapitels 11 EBM wurden differenziert:
 - **Konstitutionelle genetische Diagnostik:** Leistungen im neu gefassten Abschnitt 11.4 „In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen“ in Kapitel 11
 - **Tumorgenetische Diagnostik:** Leistungen überführt in neuen Abschnitt 19.4 „in-vitro-Diagnostik tumorgenetische Veränderungen“ in Kapitel 19
 - Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 (Zytogenetik) und 11320 bis 11322 (Molekulargenetik) wurden gestrichen.
- Die ärztlichen Kosten und die Gemeinkosten der konstitutio-

nellen und der tumorgenetischen Laborleistungen wurden in neuen Pauschalen zusammengefasst (GOPen 11301 bis 11303 beziehungsweise GOPen 19401 bis 19403).

- Die Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen orientieren sich künftig an dem zugrunde liegenden Mutationsmechanismus. Damit wird die bisherige methodische Beschreibung von einer pathogenetischen abgelöst.
- Die fachlichen Anforderungen für die Abrechnung von Leistungen der konstitutionellen und tumorgenetischen Diagnostik bleiben jedoch weitgehend unverändert.

Konstitutionelle genetische Diagnostik in Abschnitt 11.4

- Die Gebührenordnungspositionen des neugefassten Abschnitts 11.4 sind nur für in-vitro-diagnostische Untersuchungen konstitutioneller genetischer Veränderungen berechnungsfähig. Genexpressionsanalysen sowie die Untersuchung freier Nukleinsäuren im Plasma („Liquid-Biopsy“) sind nicht berechnungsfähig.
- In Unterabschnitt 11.4.1 wurden die fallbezogenen Pauschalen der konstitutionellen genetischen Diagnostik zusammengefasst (GOPen 11301 bis 11303). Die Risikoallelen des bisherigen Abschnitts 11.4.1 sind künftig hingegen vollständig in Abschnitt 32.3.14 (Speziallabor) abgebildet.
- In Unterabschnitt 11.4.2 sind weiterhin indikationsbezogene Untersuchungen konkretisiert. Neue Indikationen wie das Noonan-Syndrom als „nicht seltene“ Erkrankung mit kardialer Beteiligung und Entwicklungsverzögerung (neu: GOPen 11355 und 11356) sowie das Marfan-Syn-

drom als hereditäre Erkrankung des Bindegewebes, unter anderem mit Beteiligung des Herzkreislaufsystems, des Skelettsystems sowie der Augen (GOPen 11444 bis 11448), wurden aufgenommen.

- Der Untersuchungsumfang der indikationsbezogenen Stufendiagnostik nach Abschnitt 11.4.2 ist abschließend und die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt wie bisher die Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik voraus.
- Die zytogenetische und molekulargenetische in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen wurden in einem eigenen Unterabschnitt 11.4.3 abgebildet. Die große Mutationssuche (GOP 11514) unterliegt einer Genehmigungspflicht durch die zuständige Krankenkasse.
- Die Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei „nicht seltenen“ Erkrankungen kann mit den Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 11.4.4 berechnet werden. Untersuchungen krankheitsauslösender oder krankheitsrelevanter Mutationen sind damit auch weiterhin ohne den Verdacht auf eine syndromale oder seltene Erkrankung berechnungsfähig.

Tumordiagnostik in Abschnitt 19.4

- Die Leistungen des Abschnitts 19.4 sind nur für die in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen in neoplastisch veränderten Geweben und Organen berechnungsfähig. Die Analyse von freien Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen wie EndoPredict® oder

Oncotype DX® sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.

- Eine in-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie (Companion Diagnostik) ist ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen des neuen Unterabschnitts 19.4.4 berechnungsfähig.
- Die fallbezogenen Pauschalen der tumorgenetischen Diagnostik (GOPen 19401 bis 19403) finden sich im neuen Unterabschnitt 19.4.1.
- Der Unterabschnitt 19.4.2 bildet die in-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen für solide und hämatologische Erkrankungen ab. Auch hier ist eine aufwendige Mutationssuche (GOP 19425) nur nach vorheriger Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse berechnungsfähig.
- Im Unterabschnitt 19.4.3 sind die besonderen in-vitro-diagnostischen Verfahren zusammengefasst, die ausschließlich bei hämatologischen Erkrankungen Anwendung finden. Die dort aufgeführten Leistungen dürfen ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie von Fachärzten, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, veranlasst werden.

Weitere geplante Änderungen/Anpassungen

Im Zuge der Weiterentwicklung der Humangenetik sind noch weitere Änderungen geplant:

- Anpassung der Bestimmungen zu Überweisungen/Veranlassung von Laborleistungen in Paragraf 24 Absatz 8 und Paragraf 25 Ab-

satz 2 Nummer 2 des Bundesmantelvertrags

- Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für die in Verbindung mit einer Organ-, Gewebe- oder Stammzellentransplantation erforderliche HLA-Antigen-diagnostik
- Der Bewertungsausschuss berät für die antragspflichtigen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11449, 11514 und 19425 über die Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens zum Antrag des Versicherten auf Durchführung dieser Leistungen zum 1. Juli 2016.
- Anpassungen der genetischen Untersuchungen in den Abschnitten 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge), 1.7.5 (Empfängnisregelung) und 8.5 (Reproduktionsmedizin) mit Wirkung zum 1. April 2017
- Pharmakogenetische Untersuchungen stellen derzeit keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Der Bewertungsausschuss prüft jedoch die Aufnahme der genotypischen Untersuchung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase gemäß Fachinformation.

Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

Zum 1. Juli 2016 wird ein neues Kapitel 30.13 zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung in den EBM aufgenommen (siehe Tabelle Seite 90). Künftig kann der Hausarzt Patienten für ein weiterführendes geriatrisches Assessment an einen spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt oder eine ermächtigte Geriatrische Institutsambulanz (GIA) überweisen. Hausärzte

bleiben unverändert die ersten Ansprechpartner in der geriatrischen Versorgung. Sie sind weiterhin zuständig für das geriatrische Basisassessment und die Weiterbehandlung des Patienten nach der spezialisierten geriatrischen Diagnostik.

Für alle neuen Leistungen aus Abschnitt 30.13 gilt:

- Sie können ausschließlich bei Patienten abgerechnet werden, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und bestimmte Kriterien erfüllen. Der Patient muss mindestens 70 Jahre alt sein und zwei der in der Präambel 30.13 aufgeführten geriatrischen Syndrome oder ein aufgeführtes geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe haben. Die ICD-Kodes sind zwingend anzugeben.
- Längstens ein Quartal zuvor muss ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt worden sein.

Für die bestehenden hausärztlich-geriatrischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 ergeben sich durch die Aufnahme der neuen Leistungen in Abschnitt 30.13 EBM keine Einschränkungen.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung	Wer darf abrechnen?
30980	Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach GOP 30984 durch den überweisenden Vertragsarzt	194 Punkte (20,25 €) einmal im Krankheitsfall	Hausarzt In Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt auch:
30988	Zuschlag zu GOPen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik ■ nur berechnungsfähig in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der GOP 30984 ■ in derselben Sitzung nicht neben der GOP 30984	65 Punkte (6,78 €) einmal im Krankheitsfall	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzte für Neurologie ■ Nervenheilkunde ■ Neurologie und Psychiatrie ■ Psychiatrie und Nervenheilkunde ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30981	Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach GOP 30984 durch einen GIA beziehungsweise spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt	131 Punkte (13,67 €) einmal im Krankheitsfall	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie ■ Internisten mit SP Geriatrie ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30984	Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik ■ Dauer mindestens 60 Minuten ■ nur auf Überweisung ■ vorab Abklärung gemäß GOP 30980 und 30981 erforderlich ■ in derselben Sitzung nicht neben den GOPen 03360, 03362 und 30988	882 Punkte (92,05 €) einmal im Krankheitsfall, eine zweimalige Berechnung im Krankheitsfall setzt eine ausführliche medizinische Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus (FK5009)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internisten, Reha-Mediziner und Fachärzte für Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß der Anlage 1 zu Paragraph 1 der Vereinbarung nach Paragraph 118a SGB V ■ ermächtigte geriatrische Institutsambulanzen gemäß Paragraph 118a SGB V
30985	Zuschlag zur GOP 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments	325 Punkte (33,92 €) je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	Voraussetzung zur Abrechnung: Genehmigung durch die KVB gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V.*
30986	Zuschlag zur GOP 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments	234 Punkte (24,42 €) je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	

* Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der neuen GOPen 30981, 30984, 30985 und 30986 ist eine durch die KVB erteilte Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik, die zum 1. Juli 2016 in Kraft tritt. Die wesentlichen Genehmigungsvoraussetzungen und die Möglichkeiten, einen Antrag auf Genehmigung zu stellen, sind in den KVB/INFOS, Ausgabe 6/2016 ab Seite 97 dargestellt.

Patientenadaptiertes Narkosemanagement bei Kataraktchirurgie

In der Kataraktchirurgie können Anästhesisten künftig die Anästhesie individueller auf den Patienten abstimmen und zwischen den verschiedenen Anästhesieverfahren wählen beziehungsweise diese stufenweise kombinieren. Hierzu werden zum 1. Juli 2016 die bisherigen anästhesiologischen Verfahren Analgesie beziehungsweise Sedierung (GOP 31830/36830 und 31831/36831), Narkose (31821/36821 und 31822/36822) und Stand-by (GOP 05340) in einer Pauschale zusammengefasst.

Neu: GOP 31840 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 1 nach der Gebührenordnungsposition 31350

EBM-Bewertung	443 Punkte
Preis B€GO	46,23 Euro

Neu: GOP 31841 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 2 nach der Gebührenordnungsposition 31351

EBM-Bewertung	706 Punkte
Preis B€GO	73,68 Euro

Neu: GOP 36840 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 1 nach der Gebührenordnungsposition 36350

EBM-Bewertung	290 Punkte
Preis B€GO	30,26 Euro

Neu: GOP 36841 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 2

nach der Gebührenordnungsposition 36351

EBM-Bewertung	478 Punkte
Preis B€GO	49,88 Euro

Für die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen 31840/31841 beziehungsweise 36840/36841 ist Folgendes zu beachten:

- Neben der Anästhesie nach der GOP 31801 oder der Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions nach der GOP 31820 berechnungsfähig
- Die Präanästhesiologische Untersuchung nach GOP 05310 ist obligater Leistungsinhalt der neuen Gebührenordnungspositionen.
- Die bisherigen Berechnungsausschlüsse gelten auch für die neuen Anästhesiepauschalen.
- Im Anhang 2 zum EBM werden den OPS-Codes, die in einen intraokularen Eingriff nach den GOPen 31350, 31351, 36350 oder 36351 münden, den neuen Anästhesiepauschalen zugeordnet. Die Anästhesie-/Narkoseleistungen nach den GOPen 31821/31822 beziehungsweise 36821/36822 können für diese Eingriffe künftig nicht mehr berechnet werden.
- Die Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken (GOP 05230) ist auch für die neuen Pauschalen (GOP 31840/31841) berechnungsfähig.

Neu: GOP 05315 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841

EBM-Bewertung	15 Punkte
Preis B€GO	1,57 Euro

(Wird durch die KVB zugesetzt.)

Erläuterungen zur Aufnahme

In den neuen Pauschalen sind die präanästhesiologische Untersuchung (GOP 05310) und Überwachung der

Vitalfunktionen (GOP 05340) als Teilleistungen enthalten und bei Ansatz der Pauschalen künftig nicht mehr gesondert berechnungsfähig. Da die GOPen 05310 und 05340 derzeit innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden, soll auch künftig ein bestimmter Umfang der Pauschalen innerhalb der MGV vergütet werden. Zur Abbildung dieser Systematik im EBM wurde die GOP 05315 als Zuschlag zu den Pauschalen aufgenommen.

Änderungen: GOPen 05320, 31801, 31820, 36801 und 36820

Zusätzlich werden mit dem Beschluss die Gebührenordnungspositionen 05320, 31801, 31820, 36801 und 36820 zur Anpassung an den aktuellen medizinischen Stand um die gängigen Verfahren der parabolbären und peribulbären Anästhesie erweitert.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kurzlegenden sowie die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840, 36841, 30981 und 30984 bis 30986 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4 und 19.4 werden nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Ihre Berechnung führt daher zum Ausschluss der PFG.

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

Neugeborenen-Untersuchungen U1 und U2

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 (GOP 01711 und 01712 EBM) werden oft durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner erbracht, während das Neugeborene sich nach der Geburt noch stationär im Krankenhaus aufhält. Für die Abrechnung der Neugeborenenuntersuchung bei dieser Konstellation gelten folgende Besonderheiten:

Voraussetzungen

1. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung können Früherkennungsmaßnahmen durch einen Belegarzt erbracht werden (Paragraf 73 Absatz 6 SGB V).

Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2:

- Die Früherkennungsuntersuchung U1 kann sowohl von einem gynäkologischen als auch von einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden.
 - Die Früherkennungsuntersuchung U2 kann von einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden.
2. Alternativ darf der Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist (Paragraf 41 Absatz 6 BMV-Ä).

Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2: Der gynäkologische Belegarzt kann einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung der Früherkennungs-

untersuchungen U1 und U2 hinzuziehen, wenn das Fach Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus nicht vertreten ist. Ist an dem Krankenhaus ein Kinder- und Jugendarzt beschäftigt, so entfällt die Voraussetzung und es kann kein Vertragsarzt hinzugezogen werden. Dabei reicht es nach der Rechtsprechung bereits aus, wenn der Kinder- und Jugendarzt halbtags am Krankenhaus angestellt ist (Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 14. Juni 2006, L 3 KA 154/03).

Fazit

Werden die Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung weder vom Belegarzt (entsprechend Punkt 1.) noch von einem vom Belegarzt hinzugezogenen Arzt (entsprechend Punkt 2.) erbracht, sind die Leistungen Bestandteil der Krankenhausleistung und somit von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (Paragraf 73 Absatz 6 SGB V).

Abrechnungsbestimmungen

- Die erste Untersuchung nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1) wird auf einem mit der elektronischen Gesundheitskarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung (U2), wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine elektronische Gesundheitskarte für das Kind vorliegt (Paragraf 22 Absatz 2 BMV-Ä).
- Erbringt der vom belegärztlichen Gynäkologen hinzugezogene Kinder- und Jugendmediziner Leistungen, müssen diese auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten und im Feld „bei

belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein abgerechnet werden (Paragraf 41 Absatz 7 BMV-Ä). Die Überweisung vom belegärztlichen Gynäkologen an den hinzugezogenen Kinder- und Jugendarzt erfolgt mit den Daten der Gesundheitskarte eines Elternteils.

Abrechnungsmodus

- Das Feld mit der Scheinuntergruppe (Kennung 4239) ist mit dem Inhalt „Stationäre Mitbehandlung, Vergütung nach ambulanten Grundsätzen“ (SUG „26“) zu belegen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Silvia Langbein unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 34
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 73
 E-Mail Silvia.Langbein@kvb.de

Urteil LSG Rheinland-Pfalz zu Widersprüchen einer KV

Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz hat in einem aktuellen Urteil vom 17. September 2015 (Az. L 5 KA 11/14) entschieden, dass ein Prüfbescheid (Verwaltungsakt) der Prüfungsstelle gegenüber dem Arzt weiterhin Bindungswirkung entfaltet, wenn lediglich die Kassenärztliche Vereinigung Widerspruch eingelegt hat und der Bescheid der Prüfungsstelle **nicht aufgehoben** wird.

Die KVB legt zwar bei grundsätzlichen Problemstellungen regelmäßig und flächendeckend Widerspruch zugunsten der von belastenden Verwaltungsakten betroffenen Vertragsärzte ein (siehe KVB FORUM, Ausgabe 6/2015, Seite 24), für Sie als betroffener Arzt bedeutet das Urteil aber Folgendes: Wenn die Prüfungsstelle Ärzte Bayern (PSt) einen Prüfbescheid mit einer für Sie belastenden Maßnahme (Regress oder Beratung) erlässt und nur die KVB dagegen Widerspruch einlegt und das Widerspruchsverfahren nicht erfolgreich ist (das heißt, es bleibt bei der für Sie belastenden Maßnahme), dann ist Ihnen die weitere Möglichkeit genommen, gegen den Bescheid mittels einer Klage vorzugehen. Nur sofern die KVB mit ihrem Widerspruch erfolgreich ist, kommt Ihnen dies mittelbar dadurch zugute, dass der Bescheid der PSt dann aufgehoben wird. Im Wege eines Widerspruchsbescheids ist dann eine Entscheidung zu erlassen, die dem Erfolg des Widerspruchs der KVB Rechnung zu tragen hat.

Wenn Sie den gesamten Rechtsweg inklusive der Klage zum Sozialgericht beschreiten können wollen, müssen Sie auch selbst gegen die Prüfbescheide der PSt fristgerecht Widerspruch einlegen. Dies sollten Sie auch dann tun, wenn die KVB zusätzlich den Bescheiden widersprochen hat.

Sollten Sie einen Bescheid von der PSt erhalten, der eine Sie belastende Maßnahme festsetzt, bieten wir Ihnen gerne unsere Unterstützung bei der Frage an, ob es sinnvoll ist, Widerspruch gegen den Bescheid der PSt einzulegen. Des Weiteren können wir Hilfe bei der Erstellung einer Widerspruchsbegründung leisten und Ihnen zu allen sonstigen Fragen rund um dieses Thema sowie zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Allgemeinen beratend zur Seite stehen.

Details zum Urteil

Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz hat in dem oben genannten Urteil zu folgender Fallkonstellation entschieden: Der Prüfungsausschuss erließ einen Prüfbescheid, der eine belastende Maßnahme für einen Arzt festsetzte. Hiergegen legte nur die Kassenärztliche Vereinigung (KV), nicht auch der betroffene Arzt, Widerspruch ein. Im Folgenden beteiligte sich der Arzt am Widerspruchsverfahren, indem er Akteneinsicht nahm und in der Sitzung des Beschwerdeausschusses inhaltlich argumentierte. Das Widerspruchsverfahren blieb jedoch trotz Prüfung der beanstandeten Punkte erfolglos. Sowohl die Klage des betroffenen Arztes zum Sozialgericht sowie anschließend die Berufung zum LSG wurden als unbegründet zurückgewiesen. Entscheidungserheblich war, dass der Bescheid des Prüfungsausschusses gegenüber dem Arzt Bindungswirkung entfaltet hatte, da er selbst keinen Widerspruch dagegen eingelegt hatte. Der Bescheid war mithin bestandskräftig geworden. Auch die Prüfung der vom Arzt angeführten Argumente hatte diesen nicht in den Stand des Widerspruchsführers erhoben.

Bei Fragen erreichen Sie uns in Nürnberg

Ingrid Luise Antofi

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 4 89

Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 64 89

E-Mail KVWP@kvb.de

oder in Regensburg

Maximilian Kirchner

Telefon 09 41 / 39 63 – 2 85

Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 85

E-Mail KVWP@kvb.de

Wunscharzneimittel

Seit 1. Januar 2011 haben Ihre Patienten die Möglichkeit, ihr gewünschtes Arzneimittel gegen Kostenerstattung zu erhalten (AMNOG, sogenannte Mehrkostenregelung).

Wie funktioniert das?

Sie verordnen ein Generikum ohne aut-idem Kreuz oder einen Wirkstoff. Der Patient legt das Rezept in der Apotheke vor. Entspricht das dort abzugebende Arzneimittel nicht dem Wunsch des Patienten, kann er die Abgabe seines Wunscharzneimittels verlangen. Der Patient muss aber den vollen, gesetzlich festgelegten Apothekenabgabepreis bezahlen und erhält dafür eine Rezeptkopie und eine Quittung. Beides reicht er bei seiner Krankenkasse ein und bekommt dann einen Teil der Kosten erstattet.

Die Krankenkasse zieht vom Apothekenabgabepreis die Rezeptgebühr, Rabatte sowie eine Verwaltungspauschale ab (genaue Beträge sind nur den Krankenkassen bekannt).

Auch wenn der Patient einen Teil der Kosten selbst tragen muss – er erhält sein gewünschtes Arzneimittel.

Die Apotheken sind über diese Regelung und ihre Umsetzung informiert.

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

Switching

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegt demnach ein Wirkstoff sowohl in einer verschreibungspflichtigen als auch verschreibungsfreien Form vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 der Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein“. Ausnahmen ergeben sich nur, wenn das verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für welche das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist oder – falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen –, kann im Einzelfall auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

Beispiel: Zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Schmerzen stehen 200 mg oder 400 mg Ibuprofen-Präparate als apothekenpflichtige oder verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Verfügung. In diesen Fällen gilt das oben ausgeführte Prozedere (Paragraph 12 Absatz 11 der Arzneimittel-Richtlinie). Bei stärkeren Schmerzen kann Ibuprofen mit 600 mg oder 800 mg notwendig sein. Dies ist zulasten der GKV verordnungsfähig.

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparats zu begründen beziehungsweise zu dokumentieren, wenn der Versuch einer OTC-Verordnung

nicht ausreichend war, um für den Fall eines Prüfantrags gewappnet zu 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

Sicherheitskanülen und -lanzetten

Grundsätzlich sind Sicherheitskanülen und Sicherheitslanzetten als Hilfsmittel auf den Namen Ihres Patienten verordnungsfähig. Sicherheitskanülen (HiMi-Positionsnummer: 03.99.99.1010) und Sicherheitslanzetten (HiMi-Positionsnummer: 21.99.99.1001) können erheblich teurer sein als „normale“ Kanülen.

Von der AOK Bayern haben wir die Aussage, dass Sicherheitskanülen und -lanzetten zur Gewährleistung des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzes notwendig sind. Die Mehrkosten müssen in gewerblich betriebenen Einrichtungen und bei Pflegediensten von der Einrichtung getragen werden.

Gemäß der Hilfsmittel-Richtlinie ist auf der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Sie sind daher verpflichtet, unter Nennung der Diagnose und des Datums, insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnis (Produktart: Infusionskanülen oder die siebenstellige Positionsnummer: 03.99.99.1)
- die Anzahl und
- gegebenenfalls Hinweise (zum Beispiel über Zweckbestimmung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten, anzugeben. Eventuell ist hierzu ein Beiblatt notwendig.

Der Leistungserbringer (zum Beispiel die Apotheke) wählt das Hilfsmittel-Einzelprodukt unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots beziehungsweise gegebenenfalls Lieferverträgen mit den Krankenkassen aus. Die Verordnung eines Hilfsmittels unter seinem Herstellernamen bedarf einer entsprechenden detaillierten Begründung.

sichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots beziehungsweise gegebenenfalls Lieferverträgen mit den Krankenkassen aus. Die Verordnung eines Hilfsmittels unter seinem Herstellernamen bedarf einer entsprechenden detaillierten Begründung.

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 Heilmitteln

Wir haben für Sie unsere FAQ zu Ergotherapie, Physikalischer Therapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie aktualisiert. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel* auf den jeweiligen Unterseiten.

Hier beantworten wir Ihnen auch allgemeine Fragen zur Verordnungsfähigkeit: von Hausbesuchen über Doppel-Behandlungseinheiten bis zu themenspezifischen Fragen wie zum Beispiel „Wird bei einem Wechsel bei gleichbleibendem Krankheitsbild von einer Diagnosengruppe mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine Diagnosengruppe mit länger andauerndem Behandlungsbedarf (Beispiel von LY1 zu LY2) ein neuer Regelfall ausgelöst?“

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

Einheitliche Anforderungen für Praxen und Krankenhäuser

Zukünftig gelten für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM): Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierfür eine neue QM-Richtlinie beschlossen. Derzeit muss noch ein Stellungnahmeverfahren des Bundesgesundheitsministeriums abgewartet werden. Es ist jedoch derzeit davon auszugehen, dass die neue QM-Richtlinie – gegebenenfalls mit Änderungen, die sich noch im Zusammenhang mit dem Stellungnahmeverfahren ergeben können – voraussichtlich im Juni oder Juli 2016 in Kraft tritt. Wir informieren Sie, wenn der Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Richtlinie feststeht.

Die neue QM-Richtlinie soll die drei bisherigen Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen sowie den stationären Bereich ablösen. Kern der neuen Richtlinie werden konkrete Methoden und Instrumente als Bestandteile des Qualitätsmanagements sein, wie beispielsweise der Einsatz von Checklisten und Prozessbeschreibungen oder die Regelung von Verantwortlichkeiten. Diese waren nahezu alle bereits in der bisherigen Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) enthalten.

Im Anschluss geben wir Ihnen einen **Überblick über die Neuerungen** der beschlossenen Richtlinie, vorbehaltlich der Änderungen, die sich noch im Zusammenhang mit dem oben erwähnten Stellungnahmeverfahren ergeben können.

Primäres Ziel: größtmögliche Patientensicherheit

Umfassender als in der ÄQM-RL wird Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patien-

tensicherheit dargestellt. Verschiedene Instrumente und Methoden fokussieren besonders auf sicherheitsrelevante Prozesse.

Neue Anwendungsbereiche aufgenommen

In der Richtlinie werden verschiedene QM-Anwendungsbereiche, wie Notfallmanagement und Hygienemanagement aufgeführt. Neu aufgenommen wurden Arzneimitteltherapiesicherheit, Schmerzmanagement und die Vermeidung von Stürzen, da in diesen Bereichen unter anderem QM-Maßnahmen zu Verbesserungen führen können.

OP-Checklisten werden explizit genannt

Neu ist, dass jetzt bei operativen Eingriffen unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder bei Eingriffen, die unter Sedierung erfolgen, OP-Checklisten eingesetzt werden. Damit sollen Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen sowie schwerwiegende Komplikationen vermieden werden.

Mitarbeiterperspektive systematisch einbinden

Neben regelmäßigen Patientenbefragungen sollen zukünftig auch Mitarbeiter – möglichst anonym – befragt werden.

Richtlinie konkreter gefasst

In der neuen Richtlinie wird klargestellt, dass sich die QM-Anforderungen bei Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nicht auf den einzelnen Arzt oder Psychotherapeuten, sondern auf die Einrichtung als solche beziehen.

Drei Jahre Zeit für Einführung und Umsetzung

Neu zugelassene beziehungsweise neu ermächtigte Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben drei Jahre Zeit, alle Instrumente und Methoden des Qualitätsmanagements erstmals anzuwenden und dann kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auf die Anwendung einer Methode/eines Instruments kann verzichtet werden, wenn dies durch besondere einrichtungsbezogene Bedingungen begründet ist.

Stichprobenprüfungen nur noch alle zwei Jahre

Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen zum Stand der Umsetzung und der Weiterentwicklung des QM stabil sind, finden die Stichprobenprüfungen gemäß einer Übergangsregelung nicht mehr jährlich, sondern nur noch alle zwei Jahre statt – die nächste Ende 2016. Entsprechen die Ergebnisse nicht den Anforderungen der QM-Richtlinie, werden die Praxen/MVZ von den QM-Kommissionen der KVen beraten. Sanktionen gibt es auch zukünftig nicht.

Neue Methodik zur Evaluation

Um QM in Zukunft systematisch in Praxen und Krankenhäusern zu evaluieren und zu veröffentlichen, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Empfehlungen zu einer neuen Methodik erarbeiten, über die der G-BA zu einem späteren Zeitpunkt beraten wird. Bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten erfolgt die Erhebung auch weiterhin durch die KVen.

„Mein PraxisCheck Qualitätsmanagement“: kostenloser Online-Test

Um die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten beim Qualitäts-

Neue QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

management nach der neuen Richtlinie zu unterstützen, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zum Inkrafttreten der Richtlinie ihr Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ ausbauen: Ärzte und Psychotherapeuten können dann mit dem Online-Test unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Praxisführung/Mein PraxisCheck mit wenigen Klicks herausfinden, wo sie in puncto Qualitätsmanagement stehen.

Nach dem Check erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht. Darin sind auch praktische Tipps und Empfehlungen aufgeführt, wie Fehler vermieden und Abläufe im Praxisalltag noch verbessert werden können. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos. „Mein PraxisCheck“ gibt es bereits zu den Themen Hygiene, Informationssicherheit und Impfungen.

Qualitätsmanagement

Ein Qualitätsmanagement (QM) unterstützt die Praxisleitung und das Team dabei, Arbeitsabläufe zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Ziel ist es, alle Tätigkeiten konsequent an fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen auszurichten – und sich dabei möglichst nah an den Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern zu orientieren. So kann für alle Beteiligten eine größtmögliche Sicherheit und Zufriedenheit erreicht werden.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind seit 2004 gesetzlich verpflichtet, ein sogenanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (Paragraf 135a, Sozialgesetzbuch V). In der QM-Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses sind die Ziele, Grundsätze, Methoden und Instrumente festgelegt. Beim Aufbau eines internen QM-Systems helfen sogenannte Qualitätsmanagementverfahren, wie beispielsweise QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® oder die DIN EN ISO 9001.

Den Volltext der QM-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/.

Informationen zu QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen), dem QM-System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/QEP.

Weitere Informationen zum Thema Qualitätsmanagement bietet die Broschüre „PraxisWissen: Qualitätsmanagement in der Praxis“, zu finden unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement.

Am 1. Juli 2016 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik in Kraft. Zeitgleich werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) **30981, 30984, 30985 und 30986** aufgenommen (siehe hierzu die Informationen in der Rubrik „Abrechnung“ der KVB INFOS). Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen ist eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** nach der QSV. Die Genehmigung kann auf zwei Wegen beantragt werden.

Antrag nach Übergangsregelung
Dieser Antrag ermöglicht einen Zugang zur Genehmigung unter erleichterten fachlichen Voraussetzungen für Fachärzte, die bereits vor dem 1. Juli 2016 an einem **regionalen geriatrischen Strukturvertrag beziehungsweise Vertrag im Rahmen der besonderen Versorgung**, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen beinhaltet, teilgenommen haben (Paragraf 11 QSV). Nachzuweisen sind in diesem Fall

- die Dauer der Teilnahme an einem entsprechenden geriatrischen Strukturvertrag von mindestens **einem Jahr**,
- **20 Fortbildungspunkte** zu geriatrispezifischen Themen **innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung**.

Die Einzelheiten können dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „G“/Geriatrie/Antrag nach Übergangsregelung* entnommen werden. Der Antrag nach Übergangsregelung muss spätestens bis 31. Dezember 2016 gestellt werden. Danach sind nur noch Neuanträge möglich. Wenn die Voraus-

setzungen der Übergangsregelung erfüllt werden und der entsprechende Antrag gestellt wird, können die neuen Leistungen ab Erteilung des Genehmigungsbescheids abgerechnet werden.

Neuantrag

Sofern vor dem 1. Juli 2016 keine Teilnahme an einem regionalen geriatrischen Strukturvertrag erfolgt ist, ist ein Neuantrag zu stellen. In diesem Fall sind folgende fachlichen Voraussetzungen nach Paragraph 3 QSV nachzuweisen:

Paragraf 3 Absatz 1 QSV:

- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie **oder**
- Führen der **Zusatzbezeichnung Geriatrie**.

Abweichend davon gilt die fachliche Befähigung nach **Paragraf 3 Absatz 2 QSV** auch dann als erfüllt, wenn die folgenden Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen kumulativ nachgewiesen werden:

- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- im Jahr vor Antragstellung Behandlung von **100 Patienten** entsprechend Paragraf 2 der Vereinbarung nach Paragraf 118a SGB V*,
- besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von **160 Stunden**,
- fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung **und**
- Nachweis einer ärztlichen **Tätig-**

keit von zwölf Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters nach Paragraf 3 Absatz 1 QSV oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der zwölfmonatigen Tätigkeit erfüllt. Der Nachweis einer **mindestens sechsmonatigen Tätigkeit genügt**, wenn sich der Arzt verpflichtet, in den **folgenden vier Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren**.

Näheres kann dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „G“/Geriatrie/Neuantrag* entnommen werden. Die Leistungen können erst ab Erteilung des Genehmigungsbescheids durchgeführt und abgerechnet werden.

Neben den fachlichen Voraussetzungen müssen zur Erteilung der Genehmigung (bei Neuantrag und Antrag nach Übergangsregelung) die folgenden weiteren Anforderungen gewährleistet werden:

- **Kooperation mit weiteren Berufsgruppen** (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die über eine bestimmte fachliche Qualifikation verfügen) bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik in den Praxisräumlichkeiten oder in unmittelbarer räumlicher Nähe (Paragraf 5 QSV).
- Durchführung multiprofessioneller **Qualitätszirkel** zu geriatrischen Themen (mindestens zweimal jährlich), regelmäßiger **Schulungen der Praxismitarbeiter** sowie patientenorientierter **Fallbesprechungen** mit Beteiligung

der eingebundenen Berufsgruppen (Paragraf 6 QSV).

- Die **räumliche und apparative** Ausstattung muss die Diagnostik von geriatrischen Patienten ermöglichen (behindertengerechter Zugang, Barrierefreiheit ist anzustreben, siehe Paragraf 7 QSV).

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik nach Paragraf 4 QSV umfasst unter anderem:

- die Durchführung geeigneter **geriatrischer Assessmentverfahren** (zum Beispiel Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz, instrumentelle Aktivitäten),
- die systematische **Erhebung relevanter Kontextfaktoren** unter Verwendung eines **Sozialassessments** in mindestens fünf Bereichen (zum Beispiel soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) sowie
- weitere **syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren**, um Hinweise für Funktionsstörungen und Risiken des geriatrischen Patienten zu erkennen,
- sowie die Bewertung der geriatrischen Syndrome.

Die Assessments sind entsprechend des individuellen Bedarfs des Patienten unter Einbindung mindestens eines Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und/oder Logopäden durchzuführen.

Anhand der Testergebnisse und Untersuchungen ist ein **schriftlicher Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt** zu erstellen (Paragraf 4 Absatz 3 bis 5 QSV). Dieser enthält insbesondere allge-

meine und persönliche Behandlungsziele, Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln und zur notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung, aber auch gegebenenfalls Aspekte der psychosozialen Versorgung und die Information über geeignete Beratungs- und Hilfsangebote und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen.

Im Vorfeld jeder spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss eine **patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt ohne Patientenkontakt** erfolgen (Paragraf 4 Absatz 6 QSV).

Ärzte, denen eine Genehmigung nach der QSV erteilt wurde, müssen regelmäßig ihre theoretischen Kenntnisse im Bereich Geriatrie aktualisieren, indem sie **zweijährlich 48 Fortbildungspunkte** zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen nachweisen (Paragraf 8 QSV).

Der Volltext der QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik wird zeitnah auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung. Die Vereinbarung nach Paragraf 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen – GIA) finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Weitere Rechtsquellen/zu besonderen Leistungen/Ambulante Behandlung durch Geriatrische Institutsambulanzen.

Syndrom dokumentiert ist und eine Pflegestufe nach Paragraf 15 SGB XI vorliegt:

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung, einschließlich Fallneigung und Schwindel
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse regelt bereits seit dem Jahr 2006 für alle vertragsärztlich erbrachten Dialysebehandlungen Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Nun gibt es bezüglich einzelner Themen weitere Konkretisierungen.

Hämodialyse über Katheterzugang: Auffälligkeitswert definiert

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 den Auffälligkeitswert für den Parameter „Anteil Patienten mit Katheterzugang“ festgelegt (Paragraf 8 Absatz 3 Buchstabe C der Richtlinie). Die Auffälligkeitsgrenze liegt nun bei Dialysepatienten mit einem Katheterzugang bei einem Anteil von 30 Prozent. Dialyseeinrichtungen, die diesen Wert im Quartal überschreiten, gelten als rechnerisch auffällig. Den Beschlusstext und weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/Beschlüsse.

Dokumentationspflicht bei Dialysen von Asylsuchenden

Die Frage des Krankenversicherungsschutzes von Asylsuchenden wird in den Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich geregelt. Die Dokumentationsvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse verknüpfen die Verpflichtung zur Erfassung der Dialyседaten mit dem Vorliegen einer (lebenslangen) Versicherungsnummer. Somit kann sich auch bei Asylsuchenden die Dokumentationspflicht ausschließlich auf Patienten mit einer solchen Versicherungsnummer beziehen.

Dokumentation der Benchmarkdaten

Der Jahresbericht für das Berichtsjahr 2014 ist vom G-BA veröffent-

* Dies sind Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit **geriatrietypischer Morbidität**. Letztere liegt bei Patienten vor, bei denen **mindestens zwei** nachfolgende geriatrische Syndrome dokumentiert sind oder **mindestens ein** nachfolgendes geriatrisches

licht worden und ist unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/Beschlüsse einsehbar. Vom GKV-Spitzenverband wurde darauf hingewiesen, dass es im Rahmen der Benchmarkberichte zu teilweise hohen Anteilen fehlender Werte aufgrund nicht vorgenommener Dokumentation der Parameter gekommen ist. Hinsichtlich der fehlenden Werte möchten wir Sie daher bitten, auch die Dokumentation der Benchmarkdaten möglichst vollständig vorzunehmen und als genauso verbindlich zu bewerten, wie die Dokumentation der Auffälligkeitsdaten.

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

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

Mit Einführung des neuen Vordrucks Muster 1 für den Zeitraum der Entgelt- und Krankengeldzahlung, wurde auch die Angabe der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit neu geregelt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 62 03
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Gemäß der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) soll die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat bescheinigt werden. Daher ist es nach Einführung des neuen Musters 1 auch für den Zeitraum der Krankengeldzahlung erforderlich, dass sich der Versicherte nach der bescheinigten AU-Dauer „voraussichtlich AU bis“ – also nach zwei Wochen beziehungsweise einem Monat – spätestens am folgenden Werktag die AU erneut ärztlich bestätigen lässt. Ansonsten droht der Verlust des Krankengeldanspruchs. Weiter kann dies in speziellen Fällen (Arbeitslosigkeit) auch zum Verlust der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Auf die Folgen einer nicht fortlaufend bestätigten AU wird der Patient durch den Durchschlag für den Versicherten (Muster 1c) hingewiesen. Kann zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bereits eingeschätzt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des bescheinigten Zeitraums enden wird oder tatsächlich geendet hat, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Endbescheinigung zu kennzeichnen.

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 Seminarkonzept 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:

- 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 2015)
- 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:

- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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:

- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
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:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im Bereitschafts- dienst 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, ereignen sich immer wieder schwierige 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.

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

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 in 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)

Termine

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

- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJPsychiater

Abrechnungsworkshop - Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop - Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Erste Basics für MFA Orthopäden, Reha

Fortbildung für die psychoonkologischen DMP-Praxen

Gründer-/Abgeberforum - Psychotherapeuten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Hautkrebsscreening

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ?

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Ärztinnen, die sich für eine Niederlassung interessieren	kostenfrei	12. Juli 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
		29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
		29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		20. Juli 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	220,- Euro	24. Juni 2016	13.00 bis 19.30 Uhr	München
		25. Juni 2016	9.00 bis 19.00 Uhr	
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	23. Juli 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Juni 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		29. Juni 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		27. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	9. Juli 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte und Psychotherapeuten die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juni 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
		2. Juli 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		20. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	9. Juli 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München

KVBIINFOS

07 | 16
08

ABRECHNUNG

- 110 Die nächsten Zahlungstermine
- 110 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016
- 111 Sammelerklärung
- 112 Änderungen der Kinder-Richtlinie
- 113 Laborquote „Q“ für das zweite Halbjahr 2016
- 113 „Z“-Kennzeichnung bei Anästhesien
- 114 eGK für Asylbewerber

VERORDNUNG

- 114 Änderungen der Wirkstoffziele
- 115 Frühe Nutzenbewertungen
- 115 Krankentransport-Richtlinie
- 115 Rehabilitations-Richtlinie
- 116 Saugende Inkontinenzhilfen

QUALITÄT

- 116 Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA
- 117 Qualitätssicherungsvereinbarung Rehabilitation

ALLGEMEINES

- 117 Abwesenheitsmitteilung und Urlaubsvertretung
- 118 Neue Vereinbarung „Gesund schwanger“

IT IN DER PRAXIS

- 119 Beendigung des KV-Ident Verfahrens

SEMINARE

- 119 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 120 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 121 Notfalltraining für das Praxisteam
- 122 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 11. Juli 2016**
Abschlagszahlung Juni 2016
- 29. Juli 2016**
Restzahlung 1/2016
- 10. August 2016**
Abschlagszahlung Juli 2016
- 12. September 2016**
Abschlagszahlung August 2016
- 10. Oktober 2016**
Abschlagszahlung September 2016
- 31. Oktober 2016**
Restzahlung 2/2016
- 10. November 2016**
Abschlagszahlung Oktober 2016
- 12. Dezember 2016**
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. Juli 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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,*
 - *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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Sammelerklärung

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Wichtige Hinweise zur Sammelerklärung finden Sie im folgenden Artikel auf dieser Seite.

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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Bei Fragen zum neuen Service erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Änderungen der Kinder-Richtlinie

Künftig gelten neue Anforderungen an die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Mai 2016 die Regelungen zur Qualitätssicherung und Evaluation der Kinder-Richtlinie sowie die Dokumentation der U1 bis U9 im gelben Kinder-Untersuchungsheft beschlossen.

Wird der Beschluss nicht beanstandet, tritt das neue Gelbe Heft zusammen mit der bereits im Jahr 2015 beschlossenen neuen Kinder-Richtlinie und dem neu eingeführten Mukoviszidose-Screening 14 Tage nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger – frühestens zum 1. Juli 2016 – in Kraft.

Neu – Screening auf Mukoviszidose für Neugeborene

Jedes Neugeborene kann zukünftig auf Mukoviszidose, auch zystische Fibrose genannt, untersucht werden. Ziel des neuen Screening-Angebots ist es, für betroffene Kinder einen möglichst frühen Behandlungsbeginn zu ermöglichen.

Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt in der Regel zum selben Zeitpunkt und aus derselben Blutprobe wie das erweiterte Neugeborenen-Screening innerhalb der ersten vier Lebenswochen des Kindes. Entsprechend den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes ist Voraussetzung, dass die Eltern umfassend über die Untersuchung aufgeklärt werden und ausdrücklich ihre Einwilligung erteilen.

Das dreistufige Screening auf Mukoviszidose beinhaltet eine serielle Kombination von zwei biochemischen Tests auf immunreaktives

Trypsin (IRT) und Pankreatitisassoziiertes Protein (PAP) sowie eine DNA-Mutationsanalyse. Leiten Hebammen oder Entbindungspfleger die Geburt, wird das Screening im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U2 oder U3 nachgeholt.

Neustrukturierung der Kinder-Richtlinie

Neben der Einführung des Mukoviszidose-Screenings wurde die Kinder-Richtlinie formal und inhaltlich überarbeitet.

Neue Gliederung

Die Richtlinie gliedert sich nun in die folgenden vier Abschnitte:

- a) Allgemeines
- b) Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9
Innerhalb dieses Abschnitts werden die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen unterteilt in die Bereiche: Ziel- und Schwerpunktsetzung, differenzierte Anamnese, Beurteilung der Entwicklung, körperliche Untersuchung und Beratung.
- c) Spezielle Früherkennungsuntersuchungen
- d) Dokumentation und Evaluation

Die Inhalte der Dokumentation und der Merkblätter sind – wie bisher – im Wesentlichen in den Anlagen der Richtlinie festgelegt.

Früherkennungsuntersuchungen überarbeitet und konkretisiert

Die Früherkennungsuntersuchungen wurden auf der Grundlage mehrerer Nutzenbewertungen für neue Untersuchungsverfahren überarbeitet. So werden beispielsweise die bereits zuvor in der Kinder-Richtlinie enthaltenen Untersuchungen auf Seh- und Hörstörungen konkretisiert. Für die Untersuchung der

Augen werden entsprechende Tests und Durchführungshinweise verbindlich vorgegeben, als Hörtest ist bei der U8 eine Screening-Audiometrie mittels Audiometer durchzuführen. Daneben werden konkrete Untersuchungsinhalte aus den Bereichen Motorik, Sprache, Kognition, Emotion und Interaktion bei der U3 bis U9 aufgenommen. Sie sollen bei der Beurteilung der Entwicklung des Kindes helfen.

Die Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen wurden nicht geändert.

Primärprävention berücksichtigt

In der U2 bis U9 sollen die Eltern durch den Arzt über alterstypische Risiken wie Unfallgefahren und Adipositas aufgeklärt und zu deren Prävention beraten werden. Neben körperlichen werden auch psychosoziale Aspekte wie verbale Interaktion und Medienkonsum berücksichtigt.

Aufnahme von Interaktionsbeobachtungen bei der Sozialanamnese

Bei der U3 bis U6 wurden Interaktionsbeobachtungen im Rahmen der Sozialanamnese aufgenommen. Durch die Einschätzung der Stimmung/des Affekts, des Kontakts/der Kommunikation sowie der Regulation/Stimulation in der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson kann die psychische Entwicklung besser beurteilt werden.

Das neue Gelbe Heft

Das Gelbe Heft ist entsprechend den neu konkretisierten und standardisierten Inhalten der Früherkennungsuntersuchungen umgestaltet worden. Ab Inkrafttreten des neuen Gelben Heftes dürfen für Neugeborene die bisher geltenden Hefte nicht mehr ausgegeben werden.

Dokumentation und Beratung

Die Dokumentation auffälliger Befunde wird beibehalten und erfolgt in den Bereichen Anamnese, Orientierende Entwicklungsbeurteilung und Klinische Untersuchung. Die Beratungsthemen sind vorgegeben und daher verpflichtend. Auffälligkeiten und erweiterter Beratungsbedarf können durch Ankreuzen oder in einem Freitextfeld dokumentiert werden.

Neu: Herausnehmbare Teilnahmekarte für Eltern

Neuer Bestandteil des Gelben Heftes ist die herausnehmbare Teilnahmekarte, auf der die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert wird.

Die Eltern können so bei Stellen wie Kindertagesstätten, Schulen oder Ämtern die regelmäßige Teilnahme an den U-Untersuchungen belegen, ohne dabei die vertraulichen Informationen zu Entwicklungsständen und ärztlichen Befunden weiterzugeben. Die Teilnahmekarte ist auch grundsätzlich geeignet, bei der Erstaufnahme in eine Kindertagesstätte die ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen und altersgemäßen Impfschutz nachzuweisen (gemäß Paragraph 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes).

Übergangsregelung

Für die „alten“ Gelben Hefte, die noch im Umlauf sind, gilt: Bei Kindern im ersten Lebensjahr (bis zur U6) nutzen Ärzte bei der nächsten anstehenden Früherkennungsuntersuchung das neue Gelbe Heft, bisherige Befunde sind nicht zu übertragen. Bei Kindern, deren U6 bereits erfolgt ist, soll die Dokumentation der neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern, die über den Kohlhammer-

Verlag bezogen werden können, in der bisherigen Version des Gelben Heftes erfolgen.

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

Laborquote „Q“ für das zweite Halbjahr 2016

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 2016 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/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

„Z“-Kennzeichnung bei Anästhesien

In unserem Rundschreiben vom 25. November 2015 hatten wir alle Anästhesisten über die Kennzeichnung anästhesiologischer Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie informiert.

Wir möchten Sie nochmals auf die Modalitäten bei der Berechnung der Grundpauschalen, der GOP 05230 und der Narkosen/Anästhesien mit dem Buchstaben-Zusatz „Z“ hinweisen. Bitte beachten Sie bei der Abrechnung Folgendes:

- Die „Z“-Kennzeichnung ist nur im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie möglich.
- Aus der anzugebenden ICD-Codierung mit Begründung muss die Indikation erkennbar sein.
- Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr ohne geistige Behinderung und/oder schwere Dyskinesie sind von der gesetzlichen Neuregelung nicht umfasst, eine „Z“-Kennzeichnung ist nicht vorzunehmen.

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

eGK für Asylbewerber

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2016, hatten wir zum Thema elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerber informiert.

Bitte beachten Sie, dass nur bei Empfängern von Gesundheitsleistungen nach den Paragraphen 4 und 6 des **Asylbewerberleistungs-gesetzes (AsylbLG)**, die eine eGK besitzen, bei Eingabe der „Besonderen Personengruppe“ in der Feldkennung (FK 4131) die Ziffer „9“ zu verwenden ist. Demzufolge muss für den „Kostenträger-Abrechnungs-be-reich“ (KTAB) in der FK 4106 der Wert „00“ für die Kennzeichnung als Primärabrechnung eingetragen werden.

In diesem Zusammenhang ist bei der Erfassung von „Besonderen Personengruppen nach dem **Sozialver-sicherungsabkommen (SVA)**“ besondere Sorgfalt geboten. Um Tippfehler zu vermeiden, ist bei Be-handlungsfällen nach dem SVA in der FK 4131 die Ziffer „7“ zu verwenden und im KTAB in der FK 4106 der Wert „01“ einzutragen.

Die Angabe der Ziffer „9“ ist für Ab-rechnungsfälle nach dem SVA bei der Kostenträgeruntergruppe 4131 unzulässig.

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

Änderungen der Wirkstoffziele

Wirkstoffziel 23 - Thrombozyten-aggregationshemmer exklusive He-parin:
 Brilique® 60 mg keine Praxisbeson-derheit nach Paragraf 130b SGB V

Seit dem 15. März 2016 ist der Wirk-stoff Ticagrelor in einer geringeren Dosierung in einem neuen Anwen-dungsgebiet auf dem Markt. Das zu-gehörige Nutzenbewertungsverfahren wurde zum 1. April begonnen. Das neue Anwendungsgebiet lautet „... zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten mit ACS oder einem Myo-kardinfarkt (MI) in der Vorgeschichte und hohem Risiko ...“.

Sofern Sie Brilique® 60 mg in diesem neuen Anwendungsgebiet verordnen, fließen die verordneten DDD in das Ziel 23 ein und beeinflussen dessen Zielerreichung negativ.

Wirkstoffziel 23 – Acetylsalicylsäure (ASS) zur Thrombozytenaggregationshemmung wird nicht mehr in den Zielen der WSV erfasst.

Mit den bayerischen Krankenkassen wurde vereinbart, dass ab dem 1. Juli 2016 alle Arzneimittel, die preislich über dem Festbetrag liegen, unabhängig von ihrem Generika-Status für eine Zielerreichung ungünstig eingeordnet werden. Da viele ASS-Präparate zur Thrombozytenaggregationshemmung über dem Festbetrag liegen, konnte mit den Krankenkassen konsentiert werden, dass alle entsprechenden ASS-Präparate unabhängig vom Preis aus der Zielberechnung ab dem 1. Juli vorab herausgenommen werden.

Wirkstoffziel 24 - Urologika:
 Spasmex® Preiserhöhung hebt Aus-nahmeregulung auf
 Der Hersteller von Spasmex® hat im

Rahmen der Neubildung des Fest-betrags zum 1. April 2016 die Prei-se erhöht und konkurriert jetzt mit anderen generischen Herstellern von Trospliumhaltigen Präparaten auf demselben Preisniveau. Deshalb sind die Voraussetzungen der Aus-nahmeregulung in Anlage 7 Ziffer 2 der Wirkstoffvereinbarung (WSV) nicht mehr erfüllt. Dies hat zur Folge, dass alle Spasmex®-Produkte ab dem 1. Juli 2016 wieder als Alt-originale der Zielerreichung entgegenstehen.

Wirkstoffziel 24 - Urologika:
 Mictonorm Uno® 30 mg und 45 mg Preissenkung bewirkt Günstig-Stel-lung

Zeitgleich ist für alle Propiverin-Pro-dukte zum 1. April 2016 ein neuer Festbetrag geschaffen worden. Der Hersteller von Mictonorm Uno® 30 mg und 45 mg hat seine Preise entsprechend abgesenkt. Dies hat zur Folge, dass die DDD-Preise von Mictonorm Uno® 30 mg und 45 mg im Vergleich zu allen anderen Propi-verin-Präparaten einschließlich ge-nerischer Anbieter am kostengüns-tigsten sind. Nach Anlage 7 Ziffer 2 WSV wird Mictonorm Uno® 30 mg und 45 mg ab dem 1. Juli 2016 güns-tig gestellt. Das bedeutet für Sie, dass ab diesem Zeitpunkt die Ver-ordnung dieser Präparate Ihre Zielerreichung positiv beeinflusst.

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

Frühe Nutzenbewertungen

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 veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Asfotase alfa
- Belatacept
- Dabrafenib, neues Anwendungsgebiet
- Edoxaban
- Evolocumab
- Gaxilose
- Idebenon
- Insulin degludec/Liraglutid, neues Anwendungsgebiet
- Netupitant/Palonosetron
- Nivolumab
- Panobinostat
- Pembrolizumab
- Pertuzumab, neues Anwendungsgebiet
- Pomalidomid, erneute Nutzenbewertung
- Regorafenib, erneute Nutzenbewertung
- Sebelipase alfa
- Tiotropium/Olodaterol
- Trametinib

Eine Wirkstoffübersicht sowie eine quartalsweise Zusammenfassung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/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

Krankentransport-Richtlinie

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ergab zwei wesentliche Änderungen der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL).

Anpassung Ausnahmefall „onkologische Chemotherapie“

Mit diesem Beschluss wird ein besonderer Ausnahmefall für Krankentransfahrten zur ambulanten Behandlung, die „onkologische Chemotherapie“, begrifflich angepasst. Die Formulierung lautet nun „parenterale anti-neoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie“.

Krankenförderung auch durch Vertragszahnärzte

Bisher galt die KT-RL ausschließlich für Vertragsärzte, während Vertragszahnärzte eine Krankenförderung formlos verordneten. Durch den Beschluss des G-BA ändert sich dies: Die KT-RL gilt ab sofort auch für Vertragszahnärzte.

Aus dieser Änderung ergab sich die Notwendigkeit, unsere FAQ anzupassen. Sie finden die aktualisierte Version vom 13. Mai 2016 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Rehabilitations-Richtlinie

Wir hatten Sie bereits über Änderungen der Reha-Richtlinie informiert. Nachdem die Genehmigungspflicht beziehungsweise der Qualifikationsnachweis entfällt, wurde konsequenterweise rückwirkend zum 1. April 2016 die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ außer Kraft gesetzt. Darauf haben sich GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Partner des Bundesmantelvertrags geeinigt.

Sie finden die entsprechend ergänzte Ausgabe von Verordnung Aktuell vom 12. Februar 2016 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Saugende Inkontinenzhilfen

Immer mehr Leistungserbringer schließen sogenannte Hilfsmittel-lieferverträge ab, was zu Fragen in den Praxen führt (siehe auch Verordnung Aktuell vom 3. Mai 2016 und 13. Mai 2016). Die wesentlichen Punkte finden Sie hier kurz zusammengefasst. **Wichtig:** Die Hilfsmittel-Richtlinie bleibt für Sie bindend.

Für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen

Alten- oder Pflegeheime, die bereits in der Vergangenheit mit den Krankenkassen eine pauschale Vergütung (in Form eines Liefervertrags) vereinbart hatten, benötigen für die laufende Versorgung keine Verordnung von Ihnen. Nur für Einrichtungen, die Sie bisher mit Einzelrezepten versorgt haben, ist eine Erstverordnung erforderlich.

Für den häuslichen Bereich

Zu Verunsicherungen kommt es hin und wieder, weil Hilfsmittellieferanten die Angabe des Ordnungszeitraums auf der Hilfsmittelverordnung verlangen. Diese Forderung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den bestehenden Hilfsmittellieferverträgen der Krankenkassen. Der Ordnungszeitraum ist keine Pflichtangabe aus der Richtlinie. Die Angabe des Ordnungszeitraums auf der Verordnung erleichtert allerdings für die abgebende Stelle die Berechnung der Zuzahlung. Denn die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel beträgt zehn Prozent des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch maximal zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

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

Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA

Zum 1. Juli 2016 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in Kraft. Sie löst den Anhang zu Abschnitt 30.12 EBM ab, in dem seit 1. April 2014 die Anforderungen zur Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 30.12 EBM (mit Ausnahme der Laborleistungen 30954 und 30956) geregelt sind.

Die Anforderungen an die Erteilung der Genehmigung aus dem Anhang zu Abschnitt 30.12 EBM wurden weitgehend inhaltsgleich in die QSV übernommen.

Neu in der QSV ist lediglich die Regelung, dass der jährliche Auswertebereich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das Bundesministerium für Gesundheit künftig Informationen enthalten kann, die über die in Paragraph 6 Absatz 2 Buchstabe a bis m QSV festgelegten Parameter hinausgehen. Diese zusätzlichen Berichtsinhalte sind zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags abzustimmen (vergleiche Paragraph 6 Absatz 2 Buchstabe n QSV).

Die Übergangsregelung nach Paragraph 7 QSV regelt den Fortbestand der vor dem 1. Juli 2016 erteilten Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der MRSA-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Regelung sieht vor, dass (Alt-) Genehmigungsinhaber eine Genehmigung nach der QSV erhalten, wenn sie dies innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QSV, also bis 31. Dezember 2016, beantragen. Zur Umsetzung dieser Regelung

kommen wir in den nächsten Wochen mit einem entsprechenden Serviceschreiben auf Mitglieder mit MRSA-Genehmigung zu.

Den Volltext der QSV MRSA finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Verträge/Qualitätssicherung.

Qualitätssicherungsvereinbarung Rehabilitation

Zum 1. April 2016 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation rückwirkend außer Kraft gesetzt. Die QSV regelte das Verfahren zur Erteilung der Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen zur Verordnung medizinischer Rehabilitation nach GOP 01611 EBM und – ergänzend zur Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – die Anforderungen an Fortbildungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation kann damit seit 1. April 2016 auch ohne eine zuvor erteilte Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Die bis 31. März 2016 erteilten Abrechnungsgenehmigungen verlieren mit der Außerkraftsetzung der QSV automatisch ihre Wirkung.

Hintergrund ist eine ebenfalls zum 1. April 2016 in Kraft getretene Änderung der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA: Die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen für die Verordnung medizinischer Rehabilitation (unter anderem die Teilnahme an spezifischen Fortbildungsveranstaltungen) und das zweistufige Ordnungsverfahren sind mit dieser Änderung entfallen (siehe auch Artikel in den KVB INFOS 3/2016, Seite 39).

Abwesenheitsmitteilung und Urlaubsvertretung

Sommerzeit ist Urlaubszeit. Aus gegebenem Anlass möchten wir Sie daran erinnern, dass die Vertretung miteinander abzusprechen und bei Abwesenheit eine Meldung darüber abzugeben ist.

Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, eine Mitteilung bei der KVB einzureichen, wenn die Abwesenheit mehr als eine Woche beträgt (siehe Paragraph 32 Absatz 1 Seite 3 der Ärzte-Zulassungsverordnung i. V. mit Paragraph 17 Absatz 3 Bundesmantelvertrag). Bei Abwesenheit von angestellten Ärzten muss die Meldung vom Praxisinhaber unterschrieben werden, bei in MVZ tätigen Ärzten erfolgt die Unterschrift durch den Vertretungsberechtigten des MVZ.

In der Abwesenheitsmeldung (diese finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/Abwesenheit/Abwesenheitsmeldung-Aktualisierungsbogen*) ist anzugeben, wer die Praxisvertretung übernimmt. Die Benennung von Kollegen setzt voraus, dass eine persönliche Absprache mit diesen getroffen wurde. Die Aussage „alle anwesenden Ärzte etc.“ erfüllt nicht das Erfordernis einer korrekt abgesprochenen Vertretungsregelung.

Bitte berücksichtigen Sie, dass die Sie vertretende Praxis auch Vorkehrungen für das erhöhte Patientenaufkommen treffen muss. Nehmen Sie daher bitte rechtzeitig Kontakt auf, um eine zu hohe Patientenbelastung im Vertretungszeitraum zu vermeiden. Sie können sonst davon ausgehen, dass in den Medien eine solche Situation wieder zum Anlass genommen wird, ein disziplinierendes Vorgehen der Kolleginnen und Kollegen durch die KVB zu fordern.

Die Krankenhäuser haben in der Vergangenheit den Anstieg der Fallzahlen während der üblichen Urlaubs-, Ferien- und Feiertage zum Anlass genommen, die zunehmende Inanspruchnahme in den Notfallambulanzen der Kliniken gegenüber dem Gesetzgeber herauszustellen. Die Folgen sehen Sie in der aktuellen Gesetzgebung.

Und noch ein Hinweis an die Psychotherapeutinnen und -therapeuten: Aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses ist eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen, einschließlich der probatorischen Sitzungen, grundsätzlich nicht zulässig (siehe Paragraph 14 Absatz 3 BMV-Ä). Die Verpflichtung, eine Abwesenheitsmeldung abzugeben, besteht unabhängig von der Vertretungsregelung.

Falls Sie an einem Hausarztvertrag teilnehmen, beachten Sie bitte die besonderen Anforderungen an eine Vertretung dieses Vertrags.

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 Vereinbarung „Gesund schwanger“

Die KVB ist der Vereinbarung „Gesund schwanger nach Paragraf 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten“ beigetreten, die zum 1. Juli 2016 gestartet ist.

Diese Vereinbarung wurde auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Berufsverbänden der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie der GWQ ServicePlus AG als Vertretung für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen geschlossen.

Ziele

- Erhöhung der Versorgungsqualität bei schwangeren Versicherten
- Senkung der Frühgeburtenrate durch besondere ambulante Maßnahmen

Berechtigte Teilnehmer

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Voraussetzung: Genehmigung Ultraschall (Geburtshilfliche Basisdiagnostik 9.1)

- Voraussetzung bei Erbringung der Laborleistungen: gültiges Zertifikat über die Teilnahme an einem Ringversuch Gram Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuch
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie
 - Voraussetzung: gültiges Zertifikat über die Teilnahme an einem Ringversuch Gram Färbung oder an einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuch

Aktuell teilnehmende Krankenkassen

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE
- Daimler Betriebskrankenkasse
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
- Salus BKK

Die aktuell an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teilnehmenden Krankenkassen können Sie auf der

Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen/Gesund schwanger* einsehen. Hier finden Sie auch alle Informationen und Formulare zum Download.

Wichtig: Damit Sie die Leistungen abrechnen können, benötigen wir von Ihnen eine unterschriebene Teilnahmeerklärung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 43 37
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 02
 E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Vergütung		
Leistung	Vergütung	GOP
Ausführliches Beratungsgespräch inklusive Risikoscreening (beinhaltet Einschreibung und Aufklärung der Versicherten)	60,- Euro	81300
Vaginaler Frühultraschall (vierte bis abgeschlossene achte Schwangerschaftswoche)	50,- Euro	81301
Infektionsscreening (16. bis abgeschlossene 24. Schwangerschaftswoche)	26,- Euro	81302
Laborbefundung im Rahmen des Infektionsscreenings		
Mikroskopische Auswertung nach Nugent-Kriterien sowie mykologisch-mikroskopische Befundung	15,- Euro	81303

Beendigung des KV-Ident Verfahrens

Die Ablösung von KV-Ident schreitet weiter voran und soll bis zum Jahresende abgeschlossen sein. Seit Einführung des Nachfolgerverfahrens KV-Ident Plus konnten wir insgesamt 23.500 Bestellungen von KV-Ident Plus Token verzeichnen. Bei rund 75 Prozent aller Bestellungen wurde der KV-Ident Plus Token bereits aktiviert. Im Abrechnungsquartal 1/2016 wurden schon über 12.000 Abrechnungen (das entspricht über 60 Prozent aller Abrechnungseingänge) online über unser Mitgliederportal mittels einer KV-Ident Plus-Verbindung eingereicht.

Damit sind wir unserem Ziel sehr nahe, noch in diesem Jahr KV-Ident durch KV-Ident Plus vollständig abzulösen. Zukünftig wird es dann nur noch zwei Möglichkeiten geben, um auf die Online-Anwendungen im sicheren Netz der KVen zugreifen zu können: KV-Ident Plus und KV-SafeNet*.

Zuletzt noch ein wichtiger Hinweis: Sollten Sie von uns einen KV-Ident Plus Token erhalten haben, den Sie noch nicht aktiviert haben, bitten wir Sie, dies so bald wie möglich nachzuholen, um eventuelle Unannehmlichkeiten bei der nächsten Abrechnung zu vermeiden.

Bei Fragen unterstützen Sie unsere Berater „IT in der Praxis“ gerne unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
E-Mail IT-Beratung@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 Seminarkonzept 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:

- 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 2015)
- 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:

- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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:

- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV

- 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: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 85,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im 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, ereignen sich immer wieder schwierige 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.

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

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 6. Juli 2016
KVB München
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 Aufforderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Chirurgen

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Abrechnungsworkshop - Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop - Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop - Orthopäden, Rehabilitation

Abrechnungsworkshop - Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Einführung in den Arbeitsschutz

Gründer-/Abgeberforum - Psychotherapeuten

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärzte und Kinderärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft - für Psychotherapeuten

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2016 20. September 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Ärztinnen, die sich für eine Niederlassung interessieren	kostenfrei	12. Juli 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2016 21. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
DMP-Ärzte	95,- Euro	21. September 2016	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. September 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	23. Juli 2016 17. September 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. September 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. September 2016 27. September 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. September 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. September 2016	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	21. September 2016	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2016 21. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Würzburg

KVBIINFOS 09|16

ABRECHNUNG

- 126 Die nächsten Zahlungstermine
- 126 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016
- 128 Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Stand 1. Juli 2016
- 129 EBM-Änderung bei Human-genetik und Pathologie zum 1. Juli 2016
- 130 EBM: Aufnahme Kapitel 37 und 38 zum 1. Juli 2016
- 131 GOP 32097 um MR-Pro-ANP erweitert
- 131 Berechnungsfähigkeit oraler Glukosetoleranztest
- 132 Kinder-Richtlinie und Screening auf Mukoviszidose

VERORDNUNG

- 132 Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2016
- 133 Personenidentität von LANR und Arztunterschrift auf Verordnungsblatt
- 133 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 134 Sprechstundenbedarf: Sperrfrist
- 135 Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung
- 136 Verordnung und Abgabe von Importarzneimitteln
- 136 Mistelpräparate
- 137 Xultophy®: Marktrücknahme zum 1. August 2016
- 137 Brintellix®: Marktrücknahme zum 15. August 2016

QUALITÄT

- 138 Musterhygieneplan gastro-enterologische Praxen
- 138 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT

IT IN DER PRAXIS

- 140 KV-SafeNet*-Förderung
- 140 KV-Ident Ablösung
- 141 D2D-Migration vor dem Abschluss
- 141 KBV-Fortbildungsportal nicht erreichbar

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

12. September 2016

Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016

Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016

Restzahlung 2/2016

10. November 2016

Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016

Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal 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 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,
- 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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen,

wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:

Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Stand 1. Juli 2016

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*.

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 15. Juni 2016 einige Änderungen des HVM 2016 beschlossen. Bei den Änderungen handelt es sich in erster Linie um Anpassungen, die durch Änderungen des SGB V, des EBM und der KBV-Vorgaben erforderlich waren. Weiter beibehalten wird die seit Anfang 2013 bekannte Obergrenzensystematik aus RLV und QZV mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

I. HVM-Änderungen

1. Anpassungen im Leistungstopf Humangenetik

Der Bewertungsausschuss hat umfangreiche EBM-Änderungen in den Kapiteln 11, 19 und 32 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen (Details siehe Rundschreiben vom 30. Juni 2016). In Umsetzung des EBM-Beschlusses hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch ihre Vorgaben an die neue Beschlusslage angepasst. Entsprechend war auch der HVM ab 1. Juli 2016 anzupassen. Die Grundsystematik hat sich dabei aber nicht geändert. Weiterhin werden die humangenetischen Leistungen – unabhängig welchem Kapitel diese zugeordnet sind – aus einem Leistungstopf mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent vergütet.

2. Anpassungen bei einzelnen Fachgruppen

- a) Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Telemedizinische Funktionsanalyse

Die neue GOP 04417 wurde zum Quartal 2/2016 in das QZV „Kinderkardiologie“ aufgenommen.

- b) Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt – Telemedizinische Funktionsanalyse

Die neue GOP 13554 wurde zum Quartal 2/2016 in das QZV „Kontrolle Herzschrittmacher“ aufgenommen.

- c) Fachärzte für Anästhesiologie – (Narkosemanagement bei Kataraktchirurgie)

Die neue GOP 05315 EBM wurde zum Quartal 3/2016 als freie Leistung im Fachgruppentopf aufgenommen.

- d) Ermächtigte Fachärzte für Anästhesiologie – Anästhesiologische Leistungen in Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie.

Ab Quartal 3/2016 werden diese Leistungen – bei entsprechender Z-Kennzeichnung – als freie Leistungen vergütet. Über die näheren Details wurden die ermächtigten Anästhesisten in einem Sonderrundschreiben informiert.

Weitere Details zu den QZV je Fachgruppe sowie zu den weiteren Leistungen je Fachgruppe mit und ohne Mengenbegrenzung finden Sie in der aktualisierten Ergänzungsbroschüre unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*.

3. Wegfall der Quotierungsregelungen im Vergütungsvolumen „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“

Der HVM 2016 sah für Besuche im Bereitschaftsdienst und für ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern außerhalb der Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdien-

tes jeweils eine Quotierungsregelung vor. Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde festgelegt, dass „Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars“ an dieser Stelle nicht mehr vorgenommen werden dürfen. In Umsetzung dieser gesetzgeberischen Vorgabe wurden die beiden Quotierungsregelungen mit Wirkung zum 1. Januar 2016 gestrichen.

II. Weitere Informationen

1. Fallwerte 2016 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2016 sowie die Auszahlungsfallwerte des jeweiligen Quartals unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*. Dort finden Sie auch die Online-Fassung der Honorar-broschüre „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2016“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2016“.

2. HVM-Text und Vorgaben der KBV

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (KBV-Vorgaben) zu beachten. Sie finden die KBV-Vorgaben auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere*

EBM-Änderung bei Humangenetik und Pathologie zum 1. Juli 2016

Rechtsquellen als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Auf unserer Internetseite finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link zur KBV.

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

Der Bewertungsausschuss hat – ergänzend zu den in den KVB INFOS, Ausgabe 6/2016, dargestellten Anpassungen – im Bereich Humangenetik und Pathologie noch weitere Änderungen mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen (375., 376. und 377. Sitzung). Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen mit Rundschreiben vom 30. Juni 2016 „Weiterentwicklung Humangenetik zum 1. Juli 2016“ über alle Einzelheiten bereits informiert.

Nachfolgend stellen wir Ihnen daher nur die wichtigsten Neuerungen kurz dar. Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht. Unser Rundschreiben sowie eine tabellarische Übersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4 und 19.4 mit geänderten Punkt- und Eurowerten, neu eingeführten Mengenbegrenzungs- und Höchstwertregelungen sowie den allgemeinen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Reform*.

Änderungen im Bereich Humangenetik/Pathologie

- Die GOP 11230 „Humangenetische Beurteilung“ ist bei einer ausschließlichen Einsendung von Proben nicht mehr berechnungsfähig. Der obligate Leistungsinhalt der GOP wurde um einen „persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt“ ergänzt. Die erste Anmerkung zur GOP 11230 wurde gestrichen.
- Für die Abrechnung der Gutachten für die antragspflichtigen Leistungen nach den GOPen

11449, 11514 und 19425 wurden zum 1. Juli 2016 die neuen GOPen 11304 und 19406 in den EBM aufgenommen. Sie dürfen allerdings nur dann abgerechnet werden, wenn die Krankenkasse den Antrag für die Mutationssuche nicht genehmigt hat.

- Bis zur Anpassung der genetischen In-vitro-Diagnostik der Mutterschaftsvorsorge im EBM sind die GOPen 11502, 11503, 11513 und 11514 im Ausnahmefall bei medizinischer Notwendigkeit auch pränatal berechnungsfähig. Die medizinische Notwendigkeit muss einzelfallbezogen bei der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich nachgewiesen werden (Eintrag in Feldkennung 5009 erforderlich).
- Neuaufnahme der GOP 19439: Bei einigen lymphatischen Leukämien ist im Rahmen der Verlaufskontrolle die Quantifizierung der minimalen Resterkrankung mittels patientenspezifischer TCR- oder IG-Sequenzen notwendig. Diese Untersuchungen beinhalten einen erhöhten Aufwand. Dieser wird mit der GOP 19439 vergütet.

Änderungen im Bereich Labor

- Für die genotypische Untersuchung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase gemäß der Arzneimittelfachinformation wurde die GOP 32865 in Abschnitt 32.3.14 aufgenommen. Andere pharmakogenetische Untersuchungen stellen derzeit keine vertragsärztlichen Leistungen dar.
- Die transplantationsvorbereitenden und allgemeinen immunge-

EBM: Aufnahme Kapitel 37 und 38 zum 1. Juli 2016

netischen Untersuchungen werden in dem neuen Abschnitt 32.3.15 (GOPen 32901 bis 32911 und 32931 bis 32947) differenziert abgebildet. Die bisherigen GOPen 32528, 32529, 32531 und 32862 werden gestrichen.

Sonstige Änderungen

- Die Bestimmungen zur Überweisung/Veranlassung von Laborleistungen im Bundesmantelvertrag wurden geändert. Neben redaktionellen Anpassungen der Paragraphen 7 Absatz 2 und 24 Absatz 8 an die neuen GOPen wurde mit Änderung des Paragraphen 25 Absatz 2 Nr. 2 klargestellt, dass das Postulat der persönlichen Leistungserbringung für alle zytogenetischen und molekulargenetischen Untersuchungen gilt.
- Der Ziffernkranz zuzahlungspflichtiger Leistungen in der Durchführungsempfehlung zur künstlichen Befruchtung wurde angepasst. In der Durchführungsempfehlung sind die Leistungen vereinbart, bei denen die Versicherten im Rahmen einer künstlichen Befruchtung 50 Prozent der Kosten selbst bezahlen müssen. Ab dem 1. Juli 2016 gilt dies nur noch für die humangenetischen GOPen 11301, 11302, 11351, 11352.

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 376. Sitzung die Förderung des Einsatzes von Praxismitarbeitern ohne und mit besonderer Qualifikation als „nichtärztlicher Praxisassistent“ und die Vergütung von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen beschlossen. Wir haben die betroffenen Fachgruppen mit Rundschreiben vom 30. Juni 2016 bereits über diese Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016 direkt informiert.

Der Beschluss wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Unser Rundschreiben finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM* unter „Weitere Informationen – EBM-Änderungen zum 1. Juli 2016“.

Neue delegationsfähige Leistungen im Kapitel 38

- Einsatz von Mitarbeitern ohne besondere Qualifikation als „nichtärztlicher Praxisassistent“ gemäß Präambel 38.2**
Die bisherigen Kostenpauschalen 40240 und 40260 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch Praxismitarbeiter wurden im Abschnitt 40.5 gestrichen und in die neuen GOPen 38100 und 38105 (Abschnitt 38.2) überführt. Die Be-

wertung der neuen GOPen 38100 und 38105 wurde angehoben.

- Einsatz von Mitarbeitern mit besonderen Qualifikationen als „nichtärztlicher Praxisassistent“ gemäß Präambel 38.3**
Der Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- und Pflegeheimen und/oder anderen beschützten Einrichtungen wird nun auch für bestimmte Fachärzte (nach Genehmigung) gefördert. Hausärzte, die ihre Mindestfallzahlen für die Abrechnung der NÄPa-Leistungen aus Kapitel 3 bisher nicht erreicht haben, können diese neuen GOPen ebenfalls nach Erteilung einer entsprechenden Genehmigung abrechnen.

Neu: GOP 38200 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten
 EBM-Bewertung 90 Punkte
 Preis B€GO 9,39 Euro

Neu: GOP 38205 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten
 EBM-Bewertung 83 Punkte
 Preis B€GO 8,66 Euro

Kurztext	ALT	NEU	Neue Bewertung
Besuch eines Patienten durch den nichtärztlichen Mitarbeiter	GOP 40240	GOP 38100	76 Punkte / 7,93 Euro
Mitbesuch eines weiteren Patienten durch den nichtärztlichen Mitarbeiter	GOP 40260	GOP 38105	39 Punkte / 4,07 Euro

GOP 32097 um MR-Pro-ANP erweitert

Das **Antragsformular** finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit „A“/Assistenz/Abrechnung von Leistungen*. Details entnehmen Sie unserem Rundschreiben vom Juni 2016.

Neue Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 BMV-Ä beziehungsweise Paragraf 119b SGB V in Kapitel 37

Es werden neue Leistungen für die Berechnung zusätzlicher ärztlicher Kooperations- und Koordinationsaufgaben im Rahmen von Kooperationsverträgen gemäß der Anlage 27 Bundesmantelvertrag-Ärzte beziehungsweise Paragraf 119b SGB V zur Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen in den EBM aufgenommen. Die neuen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37 können nur abgerechnet werden, wenn Patienten von Ihnen in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden und zusätzlich ein Kooperationsvertrag mit dieser Pflegeeinrichtung entsprechend den Anforderungen besteht.

Die geforderten Inhalte werden derzeit erarbeitet und ein Antragsverfahren etabliert. Sobald die Rahmenbedingungen hierfür stehen, informieren wir die betroffenen Fachgruppen nochmals gesondert über die beschlossenen Änderungen und die genauen Voraussetzungen für die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen.

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

Zum 1. Oktober 2016 wird die Gebührenordnungsposition 32097 um den Biomarker „Mittregionales Pro-Atriales-Natriuretisches Peptid“ (MR-Pro-ANP) erweitert, nachdem die Testgüte des Biomarkers im Vergleich mit den bestehenden Biomarkern als nicht unterlegen bewertet wurde. Im Zuge der Aufnahme wurde die wirtschaftliche Leistungserbringung überprüft und die Bewertung auf 19,40 Euro abgesenkt.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

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

Berechnungsfähigkeit oraler Glukosetoleranztest

Der orale Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes nach der Gebührenordnungsposition 01777 EBM ist nur berechnungsfähig, wenn die Plasmaglukosekonzentration im Venenblut im Vortest auf Gestationsdiabetes nach der Gebührenordnungsposition 01776 in dem in den Mutterschafts-Richtlinien für die Durchführung eines oGTT vorgesehenen Bereiches lag.

Bitte beachten Sie, dass eine Beauftragung beziehungsweise Durchführung eines oralen Glukosetoleranztests nach der GOP 01777 EBM nur möglich ist, sofern im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach der GOP 01776 EBM bei der Schwangeren Blutzuckerwerte höher oder gleich $\geq 7,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) und kleiner oder gleich $\leq 11,1$ mmol/l (≤ 200 mg/dl) festgestellt wurden.

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

Kinder-Richtlinie und Screening auf Mukoviszidose

In der Ausgabe 7-8/2016 der KVB INFOS haben wir bereits über die Änderungen der Kinder-Richtlinie informiert. Aufgrund von Rückfragen des Bundesministeriums für Gesundheit an den Gemeinsamen Bundesausschuss hatte sich das Inkrafttreten zunächst verzögert, die Richtlinie wird nun zum 1. September 2016 in Kraft treten. Inhaltlich wurde lediglich eine Formulierung zur Dokumentation der U1 bezüglich der anamnestischen Berücksichtigung der Schwangerschaft geringfügig geändert.

Abrechnung neuer Inhalte erst nach EBM-Anpassung – „alte“ Gelbe Hefte gelten weiter

Die Inhalte der neuen Richtlinie und das Screening auf Mukoviszidose können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Bis dahin erfolgt die Versorgung nach den Regelungen der bisherigen Kinder-Richtlinie. Auch die Dokumentation im neuen Gelben Kinder-Untersuchungsheft kann erst nach Anpassung des EBM durchgeführt werden.

Sobald der EBM entsprechend angepasst wurde, werden wir Sie informieren.

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

Zuzahlung Heilmittel ab 1. Juli 2016

Ab 1. Juli 2016 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. Juli 2016 gültigen Beträge für die Heilmittel-Zuzahlungen:

GOP	Leistungslegende	Zuzahlungsbetrag*
30400	Massagetherapie	1,20 Euro
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,87 Euro
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	1,64 Euro
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	0,48 Euro
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	1,64 Euro
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	0,48 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

Personenidentität von LANR und Arztunterschrift auf Verordnungsblatt

Eine große Krankenkasse in Bayern hat Anträge auf Festsetzung eines sogenannten „Sonstigen Schadens“ bei mehreren Berufsausübungsgemeinschaften an die Prüfungsstelle gerichtet, weil die auf den Arzneiverordnungsblättern der Berufsausübungsgemeinschaften angegebenen lebenslangen Arztnummern (LANR) zum Teil nicht personenidentisch mit den die Verordnungsblätter unterschreibenden Ärzten waren.

Gemäß der amtlichen Protokollnotiz zu den Paragraphen 37 und 37a Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) ist bei der Verordnung von Arznei-, Verband- sowie Heil- und Hilfsmitteln jeder Arzt einer versorgungsbereichs- und fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaft, der nur an einem Ort tätig ist, unabhängig von der gemäß Paragraf 37a Absatz 1 BMV-Ä auf dem Verordnungsblatt angegebenen Arztnummer unterschriftsberechtigt.

Gemäß Paragraf 2 Absatz 1 Nr. 10 der Arzneimittelverschreibungsverordnung muss (abgesehen von elektronischen Verschreibungen, die eine qualifizierte Signatur enthalten müssen) die Verschreibung die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person enthalten.

In versorgungsbereichs- und fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen, die nur an einer Betriebsstätte betrieben werden, bereitet die Einhaltung dieser Bestimmungen keine Schwierigkeiten.

Probleme können sich jedoch in besonderem Maße für Berufsausübungsgemeinschaften ergeben, die mehrere Betriebsstätten haben, wenn dort – etwa im Zuge ärztlicher Fluktuation – von nicht nur an einem Ort tätigen Mitgliedern der Berufs-

ausübungsgemeinschaft Arzneiverordnungsblätter unterschrieben werden, die mit der LANR eines anderen Arztes der Berufsausübungsgemeinschaft versehen sind.

In Zeiten moderner Vernetzung und elektronischer Kommunikation sind die bundesmantelvertraglichen Vorgaben aus Sicht der KVB nicht mehr praktikabel.

Wir sind deshalb derzeit um eine rasche Lösung des Problems mit den Krankenkassen bemüht.

Gerichtlich ist die Frage, ob die geltend gemachten Schadensersatzansprüche tatsächlich bestehen, allerdings noch nicht geklärt. Zur Vermeidung der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen durch die Krankenkassen müssen wir Ihnen deshalb dringend empfehlen, bis zu einer Klärung die oben dargestellten Grundsätze bei Arzneimittelverordnungen zu beachten und im Übrigen auch bei der Verordnung von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln in gleicher Weise zu verfahren.

Sollten Sie von entsprechenden Schadensersatzforderungen der Kassen betroffen sein, stehen Ihnen die Beratungsteams der KVB gerne unterstützend zur Seite. Sie können sich hierzu telefonisch mit den zuständigen Mitarbeitern in Verbindung setzen.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die inzwischen in Kraft getreten sind.

Therapiehinweise (Anlage IV)

Die Therapiehinweise der folgenden Wirkstoffe wurden aufgehoben:

- Becaplermin (zum Beispiel Regranex®) – Grund: Zulassung zurückgezogen
- Inhalierbares, kurzwirksames Humaninsulin (Exubera®) – Grund: Zulassung zurückgezogen
- Sitagliptin (zum Beispiel Januvia®) – Grund: Nutzenbewertungsverfahren abgeschlossen
- Vildagliptin (zum Beispiel Galvus®) – Grund: Nutzenbewertungsverfahren abgeschlossen

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- Z-HYALIN® – Änderung Befristung
- OPTYLURON NHS 1,0% und OPTYLURON NHS 1,4% – Aufnahme in die Anlage

Off-Label-Use (Anlage VI)

Rituximab beim Mantelzell-Lymphom: Auf der Grundlage einer aktualisierten Bewertung der Expertengruppe Off-Label (BfArM) passte der G-BA die Anlage VI unter Punkt XXVI. „Rituximab beim Mantelzell-Lymphom“ an. Die Expertengruppe kommt in ihrer Bewertung zu der Ansicht, dass in klinischen Studien und Metaanalysen gezeigt werden konnte, dass „die Gabe von Rituximab in Kombination mit Chemotherapie zu einer signifikanten Prognoseverbesserung führt.“

Aut-idem (Anlage VII)

Zum 1. August 2016 wurden weitere acht Wirkstoffe in Teil B (Substi-

tutionsausschlussliste) der Anlage VII aufgenommen. Diese Wirkstoffe dürfen **nicht** ausgetauscht werden.

- Buprenorphin (transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer, zum Beispiel bis zu drei beziehungsweise vier Tage)
- Carbamazepin (Retardtabletten)
- Hydromorphon (Retardtabletten mit unterschiedlicher Applikationshäufigkeit, zum Beispiel alle zwölf beziehungsweise 24 Stunden)
- Oxycodon (Retardtabletten mit unterschiedlicher Applikationshäufigkeit, zum Beispiel alle zwölf beziehungsweise 24 Stunden)
- Phenobarbital (Tabletten)
- Phenprocoumon (Tabletten)
- Primidon (Tabletten)
- Valproinsäure (Retardtabletten: auch als Natriumvalproat und Valproinsäure in Kombination mit Natriumvalproat)

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 im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Acridiniumbromid – erneute Nutzenbewertung
- Aflibercept – neues Anwendungsgebiet
- Alipogentiparvovec – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Alirocumab

- Belatacept – Therapiekosten
- Carfilzomib
- Cobimetinib
- Dabrafenib – Aufhebung Befristung der Geltungsdauer
- Dasabuvir – Änderung der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung
- Efmoroctocog alfa
- Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid
- Extrakt aus Cannabis sativa – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Fingolimod – neues Anwendungsgebiet
- Idelalisib – Anpassung aufgrund Änderung der Zulassung
- Ipilimumab – Aufhebung Befristung der Geltungsdauer
- Isavuconazol
- Ivermectin – Therapiekosten
- Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir – Änderung der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung
- Pertuzumab – Aufhebung Befristung der Geltungsdauer
- Rilpivirin – neues Anwendungsgebiet

Hintergrundinformationen erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/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

Sprechstundenbedarf: Sperrfrist

Bisher angestellte Ärzte werden bei Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit den erstmals vertragsärztlich tätigen Ärzten gleichgestellt, daher ist die erste Ersatzbeschaffung erst drei Monate nach Praxisbeginn möglich.

Wir haben das bestehende Verordnung Aktuell „Sprechstundenbedarf: Wann habe ich eine Sperrfrist?“ um diese Ergänzung erweitert und unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* eingestellt.

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

Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung

Die Änderungen und Ergänzungen zum 1. Juli 2016 finden Sie auch als Einlegeblatt für Ihre Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

Die aktualisierte Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (Stand 1. Juli 2016) steht ebenfalls unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* 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

Arzneimittel	Änderung/Ergänzung
Analeptika/Antihypotonika	Weil die Wirkstoffkombination aus Cafedrin und Theodrenalin verordnungsfähig ist, wurde zur Klarstellung Theodrenalin in der Wirkstoffauflistung ergänzt.
Antidote	Vitamin K wurde als verordnungsfähiges Antidot aufgenommen. Es wurde ein Querverweis auf die „Vitamine“ aufgeführt.
Antimykotika	Antimykotika sind ab sofort zur unmittelbaren Anwendung im Gehörgang verordnungsfähig.
Infusionslösung	In der Onkologie ist nun auch die Ringerlösung verordnungsfähig. Ein neuer Querverweis auf die „Mineralstoffe“ wurde aufgenommen.
Mineralstoffe	Auch Calcium-Injektionslösung bei Cisplatin Gabe ist verordnungsfähig.
Parkinsonmittel	Oral zu applizierende Parkinsonmittel sind für Ärzte mit Genehmigung Schlaflabor zur Diagnostik eines Restless-Legs-Syndrom verordnungsfähig.
Thermotherapeutika (Kälte/Wärme)	Thermotherapeutika (Kälte/Wärme) zur Hyperämisierung bei Blutgasanalysen gemäß Zulassung (zum Beispiel Finalgon® 4mg/g + 25 mg/g Salbe) sind verordnungsfähig.
Vitamine	Zusätzlicher Querverweis auf „Antidote“.

Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf	Änderung/Ergänzung
Toluidinblau	Neu aufgenommen wurde Toluidinblau zur Anfärbung von Polypen und Fisteln. - Verordnungsfähig
Punktionskanülen oder komplette Bestecke (Sets) zur Punktion, auch Einmalartikel	Verordnungsfähig sind auch Sekretbeutel zur Aszitespunktion.

Verband-, Kompressions- und OP-Material	Änderung/Ergänzung
Pflaster	Sureseal® ist nicht verordnungsfähig und wird ab sofort explizit erwähnt.
Wundauflagen	Hyalo Skin Gel® und Hyalo4 Control Spray® sind nicht verordnungsfähig und werden ab sofort auch aufgeführt.

Verordnung und Abgabe von Importarzneimitteln

Die im überarbeiteten Arzneimittel-versorgungsvertrag (gültig seit 1. Juni 2016) für Vertragsärzte relevanten Änderungen betreffen die Importarzneimittel.

Abgaberegungen für Einzelimportarzneimittel aus dem Ausland

Für alle Krankenkassen besteht einheitlich eine Genehmigungspflicht für die Abgabe einzeln importierter Arzneimittel. Es ist Aufgabe des Versicherten, bei seiner Krankenkasse eine Genehmigung einzuholen und diese in der Apotheke vorzulegen.

Ein nicht-verschreibungspflichtiges Arzneimittel aus dem EU-Ausland kann von der Apotheke auf Patientenwunsch ohne Rezept importiert werden. Einzelimporte aus Nicht-EU-Ländern (zum Beispiel Schweiz, USA) bedürfen immer einer ärztlichen Verschreibung.

Aut idem-Regelung bei Re-beziehungsweise Parallelimporten

Ein „aut idem-Kreuz“ hat im Verhältnis von Original- und Import-Präparat keine Bedeutung. Es handelt sich beim Austausch von Original- gegen Import-Arzneimittel und umgekehrt nicht um eine Ersetzung, sondern um die Abgabe „des Gleichen“. Auch hier gilt der Grundsatz, dass rabattbegünstigte Arzneimittel vorrangig beliefert werden müssen, egal, ob mit oder ohne „aut idem-Kreuz“ verordnet wurde. Sollte aus medizinisch-therapeutischen Gründen kein Austausch erfolgen dürfen, muss dies auf der Verordnung zusätzlich zum „aut idem-Kreuz“ vermerkt werden.

Die „Gleichheit“ von Original- und Importarzneimitteln gilt übrigens

auch im Rahmen der Substitutionsausschlussliste. Bei den auf der Liste genannten Wirkstoffen ist der Austausch von Original gegen Import oder umgekehrt zulässig.

Die Apotheke ist verpflichtet, ein preisgünstiges Präparat abzugeben. Sollte weder das verordnete Importpräparat, noch das Rabattpräparat oder ein preisgünstiges Präparat lieferbar sein, muss sie Rücksprache mit dem Arzt halten. Das Ergebnis der Rücksprache wird auf dem Rezept dokumentiert, ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden!

Ein ausführliches „Verordnung Aktuell“ zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Mistelpräparate

Aufgrund wiederkehrender Anfragen in der Verordnungsberatung hier einige Informationen zur Verordnungsfähigkeit von Mistelpräparaten.

In der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) ist geregelt, dass Mistelpräparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie bei malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität ausnahmsweise verordnet werden dürfen.

Gemäß der Bundessozialgerichts-Urteile (Az.: B6KA 25/10R; B 1 KR 30/15 R) gilt die Einschränkung auf „in der palliativen Therapie ... zur Verbesserung der Lebensqualität“ sowohl für phytotherapeutisch als auch anthroposophisch eingesetzte Mistelpräparate.

Nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist Palliativmedizin beschränkt auf „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* finden Sie in der Ausgabe vom 28. Juni 2016 weitere Informationen.

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

Xultophy®: Marktrücknahme zum 1. August 2016

Der pharmazeutische Unternehmer Novonordisk hat bekannt gegeben, den Vertrieb seines Präparates Xultophy® (Kombination aus Liraglutid und Insulin degludec), wie auch schon von Tresiba® (Insulin degludec) im letzten Jahr, zum 1. August 2016 einzustellen.

Auf den Internetseiten des Herstellers finden Sie hierzu detaillierte Informationen unter www.novonordisk.de (DocCheck Passwort erforderlich).

Hintergrund für diesen Schritt der Vertriebeinstellung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Frühen Nutzenbewertung keinen patientenrelevanten Zusatznutzen für Insulin degludec in Kombination mit Liraglutid feststellen konnte. Der pharmazeutische Hersteller und der GKV-Spitzenverband konnten sich danach nicht auf einen für beide Seiten tragfähigen Erstattungsbetrag einigen. Der von der Schiedsstelle festgelegte Preis sei für das Unternehmen nicht tragbar.

In dringenden Einzelfällen steht Ihnen nach Marktrücknahme grundsätzlich die Möglichkeit des Einzelimports von Arzneimitteln nach Paragraph 73 Arzneimittelgesetz offen. Der Versicherte muss hierfür vorab eine Genehmigung bei seiner Krankenkasse einholen. Wir empfehlen Ihnen in diesen Fällen dringend, auf eine gute Dokumentation zu achten.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Brintellix®: Marktrücknahme zum 15. August 2016

Das pharmazeutische Unternehmen Lundbeck hat am 1. Juli 2016 bekannt gegeben, den Vertrieb seines Präparates Brintellix® (Antidepressivum mit dem Wirkstoff Vortioxetin) in Deutschland zum 15. August 2016 einzustellen.

Detaillierte Informationen des Herstellers finden Sie unter www.lundbeck.com/de (DocCheck Passwort erforderlich).

Hintergrund für diesen Schritt der Vertriebeinstellung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Frühen Nutzenbewertung keinen patientenrelevanten Zusatznutzen für Vortioxetin feststellen konnte. Der pharmazeutische Hersteller und der GKV-Spitzenverband konnten sich in den Preisverhandlungen nicht auf einen für beide Seiten tragfähigen Erstattungsbetrag einigen. Da der von der Schiedsstelle festgelegte Preis für das Unternehmen nicht tragbar sei, nimmt Lundbeck das Präparat vom deutschen Markt.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

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

Musterhygieneplan gastroenterologische Praxen

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat seinen vor vier Jahren veröffentlichten Musterhygieneplan Gastroenterologie überarbeitet und stellt das Dokument in einer neuen Version allen interessierten Praxen zur Verfügung. Verschiedene Änderungen der Rechtsgrundlagen hatten die Anpassung notwendig gemacht.

Ziel dieses Musterhygieneplans ist es, den Verantwortlichen in den gastroenterologischen Praxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot für die Erstellung des praxisinternen Hygieneplans an die Hand zu geben.

In dem Musterhygieneplan werden hygienerelevante Abläufe einer gastroenterologischen Praxis detailliert dargestellt. Die beschriebenen Regelungen erstrecken sich von allgemeinen Maßnahmen der Hygiene bis hin zur baulich-funktionellen Gestaltung in der Arztpraxis. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und deren Komponenten. Für vertiefende Hintergrundinformationen zu einzelnen Hygienemaßnahmen wird auf die Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ verwiesen, die ebenfalls vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV herausgegeben wurde.

Der Musterhygieneplan Gastroenterologie liegt in drei unterschiedlichen Versionen vor, die sich in der Beschreibung des Aufbereitungsverfahrens unterscheiden:

- Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem

Zusatzinstrumentarium und Zubehör als maschinelles Verfahren

- Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör als manuelles Verfahren
- Manuelle Reinigung und maschinelle Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör (teilmaschinelles Verfahren)

Sie finden alle drei Versionen als PDF zum Download unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Hygiene und Medizinprodukte/Hygienepläne*.

Darüber hinaus können Sie eine Word-Version für Ihre individuelle Anpassung an die eigene Praxis bei der KVB anfordern. Hierfür sowie zu allen Fragen rund um den Musterhygieneplan Gastroenterologie und den Themen „Hygiene und Medizinprodukte“ stehen wir Ihnen gerne beratend zur Verfügung.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 oder – 3 19
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT

Am 1. Juli 2016 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur diagnostischen Positronenemissionstherapie (PET) sowie zur diagnostischen Positronenemissionstherapie mit Computertomographie (PET/CT) in Kraft getreten. Die QSV regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach den EBM-Gebührenordnungspositionen 34700, 34701, 34702 und 34703. Die Genehmigung kann auf zwei Wegen beantragt werden:

Antrag nach Übergangsregelung

Dieser Antrag ermöglicht einen Zugang zur Genehmigung unter erleichterten fachlichen Voraussetzungen für Ärzte, die bereits vor dem 1. Juli 2016 Leistungen der PET beziehungsweise PET/CT regelmäßig erbracht haben (vergleiche Paragraph 12 Absatz 1 QSV). Nachzuweisen sind in diesem Fall

- selbstständige Durchführung und Befundung von 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen, in der Regel in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung,
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (zum Beispiel CT oder MRT) und
- Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie (falls auch die Genehmigung für PET/CT beantragt wurde), nachweisbar durch die Benennung eines radiologischen Kooperationspartners mit CT-Genehmigung (vergleiche Paragraph 3 Absatz 2 QSV) sowie die apparativen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Paragraphen 4, 5 QSV (siehe unten).

Im Rahmen der Anträge auf Übergangsregelung ist es ausreichend, wenn eine Gewährleistungserklärung für ein PET- beziehungsweise PET/CT-Gerät vorgelegt wird, das – abweichend von Paragraph 4 Nr. 1 QSV – über eine Auflösung von ≤ 7 mm (anstelle $\leq 5,5$ mm) verfügt (vergleiche Paragraph 12 Absatz 3 QSV). Solche Geräte dürfen **längstens bis 30. Juni 2022** verwendet werden.

Die Einzelheiten können dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/P/PET, PET/CT/Antrag nach Übergangsregelung* entnommen werden. Der Antrag nach Übergangsregelung muss **spätestens bis 31. Dezember 2016** gestellt werden. Danach sind nur noch Neuanträge möglich. Wenn die Voraussetzungen der Übergangsregelung erfüllt werden und der entsprechende Antrag gestellt wird, können die neuen Leistungen **ab Erteilung des Genehmigungsbescheids abgerechnet** werden.

Neuantrag

Sofern vor dem 1. Juli 2016 Leistungen der PET beziehungsweise PET/CT nicht regelmäßig erbracht wurden, ist ein Neuantrag zu stellen. In diesem Fall sind die folgenden fachlichen Voraussetzungen nach Paragraph 3 QSV nachzuweisen:

- Führen der Facharztbezeichnung Nuklearmedizin oder Radiologie, sofern der Radiologe nach der für ihn geltenden Weiterbildung berechtigt ist, die PET zu erbringen **und**
- selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung auf Genehmigung.

- Die Anleitung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der mindestens ein Jahr für die Weiterbildung zum Facharzt Nuklearmedizin befugt ist. Der anleitende Arzt muss zusätzlich die fachliche Befähigung nach Paragraph 3 QSV erfüllen.
- Die PET-Untersuchungen können auch ohne Anleitung anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztztätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden **und**
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren (zum Beispiel CT oder MRT), zu erwerben durch die Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden **und**
- zusätzlich für die Erbringung von PET/CT: Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der Computertomographie. Diese Anforderung kann auch durch die namentliche Benennung eines radiologischen Kooperationspartners mit CT-Genehmigung nachgewiesen werden.

Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen nach Paragraph 4 Nr. 1 bis 3 QSV ist eine Gewährleistungserklärung des Herstellers für das PET- beziehungsweise PET/CT-Gerät vorzulegen. Darüber hinaus muss bestätigt werden, dass eine geeignete Notfallausrüstung vorgehalten wird (vergleiche Paragraph 4 Nr. 4 QSV).

Die organisatorischen Anforderungen nach Paragraph 5 QSV sind durch die Benennung der Mitglieder des interdisziplinären Teams nachzuweisen. Je nachdem, welche der vom

Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen sechs Indikationen für die PET beziehungsweise PET/CT (vergleiche Paragraph 1 Absatz 1 QSV) vorliegt, ist ein aus bestimmten Fachärzten zusammengesetztes interdisziplinäres Team für die Indikationsstellung und Befundbesprechung zur Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens unter Einbeziehung der PET- und PET/CT-Befunde sowie der Nachbesprechungen zu bilden.

Näheres kann dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/P/PET, PET/CT/Neuantrag* entnommen werden. Die Leistungen können erst **ab Erteilung des Genehmigungsbescheids** durchgeführt und abgerechnet werden.

Ärzten, denen eine Genehmigung nach der QSV erteilt wurde, sind verpflichtet, die Durchführung der PET beziehungsweise PET/CT patientenbezogen zu dokumentieren. Die einzelnen, zu dokumentierenden Parameter sind in Paragraph 6 QSV festgelegt. Die ärztliche Dokumentation wird nach Paragraph 8 QSV regelmäßig durch die Kassenärztliche Vereinigung überprüft, erstmalig für das Jahr 2017.

Darüber hinaus müssen Ärzte mit PET- beziehungsweise PET/CT-Genehmigung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ihrer fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten, teilnehmen.

Der Volltext der QSV zur PET, PET/CT kann unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Verträge/Qualitätssicherung/PET, PET/CT* eingesehen werden.

KV-SafeNet*-Förderung

Das KV-SafeNet-Förderprogramm läuft **am 31. Dezember** dieses Jahres aus. Sichern Sie sich noch rechtzeitig bis zu 1.000 Euro! Seit Beginn des Förderprogramms am 1. November 2014 haben wir insgesamt schon über 1.500 Förderanträge erhalten. Den überwiegenden Teil aller Antragsteller haben wir bereits ausbezahlt.

Wenn auch Sie von den Vorteilen eines KV-SafeNet*-Anschlusses profitieren wollen, können Sie sich noch in diesem Jahr im Rahmen unseres speziellen Förderprogramms bis zu 1.000 Euro sichern. Auf diese Weise möchte die KVB Sie bei der Anschaffung und Nutzung eines KV-SafeNet*-Anschlusses unterstützen. Hier die wesentlichen Fakten:

- 1.000 Euro gibt es für jeden Neuanschluss.
- 1.000 Euro erhalten Praxen, die bereits über einen KV-SafeNet*-Anschluss verfügen und entweder auf einen höherwertigen KV-SafeNet*-Router umrüsten oder gezwungenermaßen den KV-SafeNet*-Anbieter wechseln müssen.
- 600 Euro erhalten Praxen, die ihren bisherigen KV-SafeNet*-Anschluss weiterhin unverändert nutzen möchten.

Wenn Sie eine KV-SafeNet*-Förderung beantragen möchten, senden Sie uns Ihren Antrag bitte ausschließlich online zu. Das Antragsformular sowie weiterführende Informationen zum Förderprogramm, den technischen Voraussetzungen und möglichen KV-SafeNet*-Providern finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet*/Förderung*.

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

KV-Ident Ablösung

Die Ablösung von KV-Ident schreitet weiter voran: Mittlerweile haben wir alle Inhaber einer gültigen Gridkarte, die aktuell an der medizinischen Versorgung in Bayern teilnehmen, mit einem KV-Ident Plus Token ausgestattet. Seit dem Start der Einführung von KV-Ident Plus verzeichnen wir insgesamt 24.600 Token-Bestellungen. Bei zirka 82 Prozent aller Bestellungen wurde der KV-Ident Plus Token bereits aktiviert. Im Abrechnungsquartal 2/2016 wurden schon über 14.000 Abrechnungen (das entspricht etwa 80 Prozent aller Abrechnungseingänge) online über unser Mitgliederportal mittels einer KV-Ident Plus Verbindung eingereicht.

Wir bitten alle Mitglieder, die ihren KV-Ident Plus Token noch nicht aktiviert haben, dies dringend innerhalb der nächsten Wochen nachzuholen und die kostenfreie VPN-Software auf ihrem PC zu installieren. **Nur so kann sichergestellt werden, dass bei der Einreichung der Abrechnung alles problemlos abläuft!**

Zuletzt noch ein wichtiger Hinweis: **Wir werden alle noch gültigen KV-Ident Gridkarten bis spätestens Ende November 2016 beenden.** Aktuell gibt es noch einige Mitglieder, die im Besitz einer KV-Ident Gridkarte sind, deren offizielle Gültigkeit noch über Ende November 2016 hinausgeht. Denjenigen Mitgliedern, die noch nicht im Besitz eines KV-Ident Plus Tokens sind, empfehlen wir, sich einfach und schnell einen Token online unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident Plus* zu bestellen.

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

D2D-Migration vor dem Abschluss

Über das Thema „Migration aller D2D-Anwendungen auf den technisch hochmodernen Kommunikationskanal KV-Connect“ haben wir Sie in den KVB INFOS schon mehrfach informiert. Zusätzlich wurden im Juni und Juli alle noch aktiven D2D-Teilnehmer persönlich angeschrieben und auf die dringende Notwendigkeit eines zeitnahen Wechsels hingewiesen.

Der Hintergrund: Ab 1. Oktober dieses Jahres können keinerlei Abrechnungen, HKS-, Dialyse-Dokumentationen oder DALE-UV-Berichte mehr über diesen veralteten Kommunikationskanal eingereicht werden. Für Abrechnungen, HKS- und Dialyse-Dokumentationen stehen dann die zwei Alternativen **KV-Connect** oder **ONDES** (das heißt Datei-Upload über das Mitgliederportal „Meine KVB“) zur Verfügung. DALE-UV-Berichte sind ab Oktober nur noch über KV-Connect übermittelbar.

Für aktive D2D-Teilnehmer gilt: Bitte sorgen Sie schnellstmöglich für Ihre systemseitig erforderlichen Anpassungen. Eine Checkliste finden Sie auf der Internetseite der KV Telematik GmbH unter www.kv-telematik.de in der Rubrik Praxen und Krankenhäuser/Weitere Angebote/D2D/Checkliste D2D-Umstellung.

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

KBV-Fortbildungsportal nicht erreichbar

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet auf ihrem Fortbildungsportal interessierten Vertragsärzten unabhängige, zertifizierte Online-Schulungen zu verschiedenen Arzneimitteln sowie zum Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Keim (MRSA) an. Die Fortbildungsreihe nennt sich „Wirkstoff AKTUELL“.

Das KBV-Fortbildungsportal ist für Mitglieder der KVB aus technischen Gründen momentan leider nicht erreichbar. Hintergrund hierzu ist, dass die KBV technische Änderungen an den Zugangsvoraussetzungen zu ihrem Fortbildungsportal vorgenommen hat, die weitreichende Anpassungen an der technischen Infrastruktur hier in Bayern mit sich ziehen.

Wir sind aktuell dabei, die erforderlichen IT-Anpassungen vorzunehmen. Unser Umsetzungsplan sieht vor, dass Sie zum Jahresende wieder Zugriff auf die Angebote im Fortbildungsportal der KBV haben werden.

Sollten sich an dieser Planung unvorhersehbare Änderungen ergeben, werden Sie von uns selbstverständlich rechtzeitig informiert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Reanimation – Seminare für das Praxisteam

Die bundesweite „Woche der Wiederbelebung“ vom 19. bis zum 25. September 2016 unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat unter anderem zum Ziel, das Bewusstsein für lebensrettende Fähigkeiten jedes Einzelnen zu schärfen und über die entscheidenden Maßnahmen zu informieren. Schließlich ist der plötzliche Herztod eine der häufigsten Todesursachen. So werden in Deutschland pro Jahr 75.000 Reanimationen durchgeführt, das heißt 50 bis 90 Reanimationen pro 100.000 Einwohner pro Jahr. 26 Prozent aller Patienten mit präklinischem Herzkreislaufstillstand weisen einen defibrillierbaren Rhythmus zum Zeitpunkt des Eintreffens des Rettungsdienstes auf. Rund 66 Prozent der Patienten mit Kammerflimmern können primär erfolgreich reanimiert werden, um die 60 Prozent werden mit einem eigenen Kreislauf in einer Klinik aufgenommen. Wenn alle Versorgungsabschnitte optimal ineinandergreifen, erreichen zwei Drittel der wieder entlassenen Patienten ein gutes neurologisches Ergebnis (Quelle: German Resuscitation Registry GRR®). Ausschlaggebend ist die Qualität der Reanimationsmaßnahmen! Die beteiligten Ärzteorganisationen raten: Arztpraxen sollen sich regelmäßig zu diesem Thema fortbilden und die entscheidenden Maßnahmen trainieren.

Die KVB bietet deshalb ab dem nächsten Jahr ein erweitertes Seminarangebot in der Reihe „**Notfalltraining für das Praxisteam**“ an. Ab 2017 können Ärzte zusammen mit ihren MFA, die in regelmäßigen Abständen bereits an Kursen zum Notfalltraining teilgenommen haben, zusätzlich den Kurs „**Refresher Notfalltraining**“ besuchen. Der Fokus liegt hier ganz klar auf dem Pra-

xistteil: Die Teilnehmer trainieren individuell in kleinen Trainingsgruppen realistische Notfallszenarien. Sie erarbeiten zusammen im Praxisteam verschiedene Versorgungsalgorithmen bei akuten Krankheitsbildern und typischen Praxisnotfällen. Zielgruppenorientiert werden die praktischen Fertigkeiten auf die Teilnehmer abgestimmt. Der Vorteil für die Arztpraxis: Weniger Kosten und Zeitaufwand, dafür viel zusätzliche Kompetenz. Die Kurstermine finden Sie Ende des Jahres in den KVB INFOS.

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:

- 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 2015)
- 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:

- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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:

- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV

- 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:

- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im Bereitschafts- dienst 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, ereignen sich immer wieder schwierige 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.

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

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 Anforderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfallschulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen 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 Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer

09 11 / 9 46 67 – 2 21

09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Abrechnungsworkshop - HNO

Abrechnungsworkshop - Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop - Orthopäden, Reha

Abrechnungsworkshop - Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

DMP - Brustkrebs für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma/COPD

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Gestationsdiabetes - Fortbildung

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen II

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. September 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Oktober 2016 11. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Oktober 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
DMP-Ärzte	80,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	14. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	7. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
DMP-Ärzte	95,- Euro	22. Oktober 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	45,- Euro	14. Oktober 2016	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2016 15. Oktober 2016 22. Oktober 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg Würzburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	8. Oktober 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	1. Oktober 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	22. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	15. Oktober 2016	10.00 bis 15.30 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2016 28. September 2016 12. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Augsburg Regensburg

KVBIINFOS 10|16

ABRECHNUNG

- 150 Die nächsten Zahlungstermine
- 150 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016
- 152 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016
- 153 ASV-Abrechnungsvereinbarung ab 1. Juli 2016
- 153 Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2016

VERORDNUNG

- 154 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 155 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 155 Mangelhafte Arzneimittelstudien
- 156 Gültigkeit von Verordnungen
- 156 Kontrazeptiva: Thrombose-risiko
- 156 Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen

QUALITÄT

- 157 Änderung Qualitäts-sicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- 158 DMP-Feedbackberichte für das zweite Halbjahr 2016
- 158 Begehungen in Arztpraxen der Dermatologie
- 159 Begehungen in Arztpraxen: Informationen von KVB und KBV im Internet

IT IN DER PRAXIS

- 160 Statistiken über Praxis-verwaltungssysteme in Bayern

ALLGEMEINES

- 161 Chronikerbescheinigung – neues Formular Muster 55

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal 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 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,*
- *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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen,

wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:

Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen kurz dar.

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.

Herzkatheter – Vergütung des Mehraufwands für Qualitätssicherung

Zur Vergütung des Mehraufwands für die Maßnahmen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) bei Herzkatheter-Untersuchungen und perkutanen Koronarinterventionen wird eine neue Kostenpauschale in Kapitel 40 aufgenommen und die Gebührenordnungsposition 34291 geändert.

NEU: GOP 40306 – Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gemäß der Qesü-RL für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Preis B€GO 2,50 Euro

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der Qesü-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentationssoft-

ware, einschließlich deren Einrichtung, Updates, Export).

Geändert: GOP 34291 – Ergänzung des Leistungsinhalts und Höherbewertung

Die Qualitätssicherung gemäß der Qesü-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen. Diese beinhaltet die Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung, sowie das Aufklärungsgespräch. Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 34291 wird um 92 Punkte angehoben (neu: 3.227 Punkte).

Redaktionelle Änderungen

- Die Gebührenordnungsposition 06225 ist nur von konservativ tätigen Augenärzten abrechenbar. Zur Klarstellung, dass auch die Simultaneingriffe zu intraocularen Eingriffen der Kategorie X1 und X2 die Zuordnung zu operativ tätigen Augenärzten zur Folge haben, wurde die Gebührenordnungsposition 36358 (Zuschlag Simultaneingriff) ergänzend in Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM aufgenommen.
- Zur Angleichung der Abrechnungsausschlüsse bei den Leistungen für das patientenadaptierte Narkosemanagement nach den Gebührenordnungspositionen 31841 und 36841 an die Gebührenordnungspositionen 31840 und 36840 wurde die Gebührenordnungsposition 05370 (Narkose Schnitttbindung) in die zweite Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 31841 beziehungsweise 36841 aufgenommen.

Alle weiteren redaktionellen Änderungen zur Korrektur von Rechtschreibung und Grammatik bezie-

hungsweise zur Anpassung an die EBM-Systematik entnehmen Sie bitte dem oben genannten Beschluss des Bewertungsausschusses.

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

ASV-Abrechnungsvereinbarung ab 1. Juli 2016

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband auf Anpassungen der „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens“ verständigt.

An der Einreichung der ASV-Abrechnung ändert sich nichts. Neu sind unter anderem einheitliche Regelungen zu Abrechnungs- und Zahlungsfristen für alle ASV-Berechtigten beziehungsweise Krankenkassen. Folgende Änderungen treten rückwirkend zum 1. Juli 2016 in Kraft, also erstmals für die Abrechnung des dritten Quartals 2016.

- Für Rechnungen wurde eine Lieferfrist von sechs Monaten ab dem Ende des betreffenden Leistungsquartals eingeführt.
- Innerhalb der Lieferfrist können Krankenkassen vorläufige Kürzungen auf alle potenziell von der Abschlagsregelung betroffene, das heißt auf den Arzt- beziehungsweise Fachgruppenfall bezogene Gebührenordnungspositionen mit Anzahlbegrenzung, vornehmen.
- Nach Ablauf der Lieferfrist von sechs Monaten überprüft die Krankenkasse das Vorhandensein der Abschlagsregelung. Findet diese keine Anwendung, werden Gebührenordnungspositionen mit Anzahlbegrenzung je Arzt- beziehungsweise Fachgruppenfall nachvergütet.
- Eine Liste mit allen von der Abschlagsregelung betroffenen Gebührenordnungspositionen wird vom ergänzten Bewertungsausschuss bereitgestellt.
- Die Krankenkassen haben Rechnungen grundsätzlich spätestens drei Wochen nach Eingang zu bezahlen.

- Der bei öffentlich geförderten Krankenhäusern vorgesehene Investitionskostenabschlag entfällt aufgrund des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes.
- Durch die Änderungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes können neben Vertragsärzten auch Krankenhäuser die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der ASV-Abrechnung beauftragen.
- ASV-Teams können nur noch Kassenärztliche Vereinigungen mit der ASV-Abrechnung beauftragen oder direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Die privatärztlichen Verrechnungsstellen wurden vom Gesetzgeber als Möglichkeit gestrichen.
- Es sind Anpassungen bei Anlage 4 (Erkrankungsschlüssel) und Anlage 5 (Verzeichnis Pseudoziffern) vorgenommen worden.

Die „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V“ in der Fassung vom 1. Januar 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)/Dokumente*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51
 E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 eine überarbeitete Fassung des Einladungsschreibens und des Merkblatts zum Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien beschlossen. Die Frauen werden im Einladungsschreiben und im Merkblatt ausdrücklich auf ihr Recht auf ein persönliches ärztliches Aufklärungsgespräch sowie auf die Möglichkeit der Abgabe einer Verzichtserklärung hingewiesen.

In Anpassung an die geänderten Inhalte hat der Bewertungsausschuss in seiner 382. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 das ärztliche Aufklärungsgespräch als eigenständige Gebührenordnungsposition 01751 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet und die notwendigen Folgeänderungen bei der Gebührenordnungsposition 01750 (Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings) vorgenommen.

NEU: GOP 01751 – Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening
 EBM-Bewertung 63 Punkte
 Preis B€GO 6,57 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig
- dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Zeitlich nicht nach der Röntgenuntersuchung nach GOP 01750 berechnungsfähig. Bei Abrechnung der GOP 01751 und 01750 am selben Behandlungstag sind die Uhrzeiten in der Abrechnung anzugeben.
- Nur vom Programmverantwortlichen Arzt oder einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammo-

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

graphie-Screening-Programms berechnungsfähig.

Geändert: GOP 01750 – Anpassung des Leistungsinhalts

Der bisherige obligate Inhalt „Ergänzende ärztliche Aufklärung“ wird gestrichen und durch die „Überprüfung der erfolgten ärztlichen Aufklärung oder Einholung des Verzichts auf eine ärztliche Aufklärung vor Erstellung der Mammographieaufnahmen“ ersetzt. Die „Ergänzende ärztliche Untersuchung“ wird als fakultativer Leistungsinhalt aufgenommen.

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.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zuletzt Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Evolocumab ist nicht verordnungsfähig, solange es mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich. Dies gilt nicht für Patienten

- mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft worden sind, oder
- mit heterozygot familiärer oder nichtfamiliärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin-Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung

(KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (zum Beispiel Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- Mit Ablauf des Datums 30. November 2015 der in Anlage V angegebenen Befristung der Verordnungsfähigkeit sind die Medizinprodukte „Macrogol 1 A Pharma[®]“, „Macrogol HEXAL[®]“ und „Macrogol Sandoz[®]“ nicht mehr ordnungsfähig und werden daher aus der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen.
- Aufnahme von „Kinderlax[®] elektrolytfrei“ – befristet bis 21. Oktober 2017

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegen-

über dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen.

Hier eine Übersicht der letzten im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Afamelanotid
- Brivaracetam
- Ibrutinib
- Mepolizumab
- Sacrobitril/Valsartan
- Tiotropium/Olodaterol – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Umeclidinium
- Vandetanib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer bis 1. Oktober 2020
- Vismodegib

Hintergrundinformationen erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/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

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Pentalong 50 mg hat eine Zulassung erhalten und wurde deshalb aus unserer Übersicht gestrichen. Trental Infusionskonzentrat wird nicht mehr hergestellt.

Bitte bedenken Sie den Verordnungs-ausschluss von durchblutungsfördernden Mitteln (Nr. 24 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie).

Unsere Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel (Stand: 9. August 2016) steht für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* bereit.

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

Mangelhafte Arzneimittelstudien

Nach einer aktuellen Mitteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ruhen seit dem 11. August 2016 für weitere Generika die Zulassungen. Ursache hierfür sind Mängel in der Durchführung von relevanten Studien, die zur Zulassung der betroffenen Arzneimittel geführt haben.

Die ab 11. August 2016 gültige Liste sowie weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/semler.html.

Eine weitere Liste (Stand 21. April 2016) mit bereits seit 21. August 2015 ruhenden Zulassungen finden Sie unter <http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/g-l/GVK/gvk-bioscience-liste-am.html>.

Hinweise auf Gesundheitsgefahren für Patienten liegen bislang nicht vor.

Sollten Sie von verunsicherten Patienten aufgesucht werden, bei denen die Compliance gefährdet scheint, empfehlen wir Ihnen, eine neue Verordnung auszustellen. Unter der neuen Wirkstoffvereinbarung sind solche „Nachverordnungen“ aufgrund der Systematik der Wirkstoffziele (Quoten) nicht als unwirtschaftlich zu bewerten.

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

Gültigkeit von Verordnungen

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Formelles/Allgemein* finden Sie eine Übersicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Gültigkeiten von Verordnungen. Insbesondere für die Verordnung von beispielsweise Isotretinoin und Betäubungsmitteln ist die Gültigkeit der Verordnung zeitlich knapp gefasst.

Wie die in den Richtlinien aufgeführten Arbeitstage, Kalendertage und Werkzeuge zu unterscheiden sind, erklären wir ebenso in der Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ vom 9. September 2016.

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

Kontrazeptiva: Thrombose- risiko

Obwohl die gesundheitlichen Risiken grundsätzlich höher sind als bei den älteren Präparaten, wächst der Marktanteil der neueren Generationen der hormonellen (oralen) Kontrazeptiva (HK). Der Anteil von Kontrazeptiva mit höherem Risiko liegt in Bayern über dem Bundesdurchschnitt.

In unserem „Verordnung Aktuell“ „Gute Pille – böse Pille. Kontrazeptiva: Vier Generationen und das Thromboserisiko“, zu finden unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*, haben wir Ihnen wichtige Informationen zusammengestellt. Unter anderem sind dort der Rote-Hand-Brief, die Checkliste und die Patientinnenkarte verlinkt.

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

Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen

Der Hersteller des Produkts hat bekannt gegeben, dass die Lieferunfähigkeit voraussichtlich bis Ende September 2016 anhält. Für den Zeitraum der Nichtverfügbarkeit können alternativ Fluoreszein Teststreifen für die Ophthalmologie über Sprechstundenbedarf bezogen werden. Neben der Teststreifen-Packung mit 300 Stück kann bei geringerem Bedarf auch eine Packung mit 100 Stück bestellt werden. In den Fällen, in denen zusätzlich zum Anfärben mit Fluoreszein eine Lokalanästhesie gewünscht und indiziert ist, steht Thilorbin® mit Fluoreszein und Oxybuprocain als Alternative zur Verfügung.

Ein Einzelimport von Fluoreszein Einzeldosen aus dem Ausland ist damit **nicht** über den Sprechstundenbedarf in Bayern für den Zeitraum des Lieferengpasses möglich.

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 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Am 1. Oktober 2016 ist eine geänderte Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V in Kraft getreten. Im Wesentlichen wurden folgende Punkte geändert:

Fachliche Befähigung

Die fachlichen Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung wurden überarbeitet:

- Die nachzuweisenden **Patienten-beziehungsweise Untersuchungszahlen** wurden an die aktuellen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ angepasst, siehe Paragraf 4 Absatz 1 QSV.
- Das obligatorische **Eingangskolloquium** zur Erteilung der Genehmigung entfällt dann, wenn eine mündliche Prüfung bei der Ärztekammer zur Erlangung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ absolviert wurde und diese nicht länger als 48 Monate zurückliegt, siehe Paragraf 4 Absatz 3 Nummer 4 QSV.
- Die nachzuweisende ganztägige zwölfmonatige Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung kann künftig auch durch eine **Halbtags-tätigkeit** (mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit) nachgewiesen werden, siehe Paragraf 4 Absatz 3 Nummer 1 QSV. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend.

Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung

Bei den Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung wurden ebenfalls einzelne Regelungen

ergänzt beziehungsweise geändert:

- Neu ist der Hinweis, dass ein **multimodaler Therapieansatz** unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz frühzeitig geprüft werden sollte, siehe Paragraf 5 Absatz 1 QSV.
- Nach wie vor müssen an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden **schmerztherapeutische Sprechstunden** vorgehalten werden, siehe Paragraf 5 Absatz 2 QSV. Die Vorgabe bezieht sich jedoch künftig nicht mehr auf den Arzt, sondern auf die **Einrichtung**. Das bedeutet, dass die vorzuhaltenden Schmerz-sprechstunden auch auf mehrere Betriebsstätten (zum Beispiel Hauptbetriebsstätte und Filiale) aufgeteilt werden können.
- Wie bisher gilt, dass die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten soll, siehe Paragraf 5 Absatz 6 QSV. Jedoch steht die **Prüfung** von Fällen, in denen die zwei Jahre überschritten wurden, künftig **im Ermessen** der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Wenn eine solche Prüfung durchgeführt wird, kann die KV vom Arzt Angaben zu den entsprechenden Patienten sowie eine Stellungnahme anfordern und/oder ein Beratungsgespräch durchführen.

Einführung einer befristeten Dokumentationsprüfung

Neu ist die Regelung zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Paragraf 8 QSV. Sie betrifft ausschließlich Ärzte, denen ab dem 1. Oktober 2016 erstmalig eine Ge-

nehmigung nach der QSV Schmerztherapie erteilt wurde.

Nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen nach Erteilung der Genehmigung fordert die KV vom Arzt die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen nach dem Zufallsprinzip an. Die Dokumentationen werden durch die Qualitätssicherungskommission auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit geprüft. Sind mehr als zwei Dokumentationen mangelhaft, fordert die KV eine schriftliche Stellungnahme des Arztes an. Können die Auffälligkeiten nicht ausreichend begründet werden, muss der Arzt an einem Kolloquium teilnehmen. Ist die Teilnahme am Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

Ob diese Prüfung fortgeführt oder beendet wird, wird von den Partnern der Bundesmantelverträge erstmals 2020 auf Grundlage der Ergebnisse der bundesweit durchgeführten Prüfungen entschieden, siehe Paragraf 13 Absatz 2 QSV. Die Prüfungen werden automatisch beendet, wenn in einem Zweijahreszeitraum 90 Prozent oder mehr Ergebnismitteilungen aus allen KVn vorliegen und die Beanstandungsrate zehn Prozent oder niedriger ist. Die erste Auswertung der Ergebnisse erfolgt für die im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 durchgeführten Prüfungen.

Anforderungen an schmerztherapeutische Einrichtungen

Die Anforderungen an eine schmerztherapeutische Ausbildungseinrichtung wurden insoweit geändert, dass Einzelpraxen nur noch zehn und nicht wie bislang zwölf interdisziplinäre Schmerzkongresse pro Jahr

durchführen müssen, siehe Anlage I Nummer 4 QSV.

Übergangsregelung

Ärzte, die auf Basis der QSV Schmerztherapie in ihrer alten Fassung eine Genehmigung erhalten haben, behalten diese, siehe Paragraf 14 QSV.

Sie finden den Volltext der QSV auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Verträge/Qualitätssicherung/Schmerztherapie-Vereinbarung.

DMP-Feedbackberichte für das zweite Halbjahr 2016

Die Feedbackberichte des ersten Halbjahres 2016 für DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) aus den DMP-Dokumentationen sind erstellt. Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte erhalten dadurch eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele, auch im Vergleich zu ihren bayerischen Kollegen.

Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Akten-typ“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein, zum Beispiel „20161“ für das erste Halbjahr 2016.

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

Begehungen in Arztpraxen der Dermatologie

Seit September 2016 überwacht die Bayerische Gewerbeaufsicht im Rahmen einer sogenannten anlass-unabhängigen Schwerpunktaktion stichprobenartig Arztpraxen von niedergelassenen Dermatologen in ganz Bayern. Bei den Vor-Ort-Begehungen wird insbesondere die hygienisch einwandfreie Aufbereitung von Instrumenten und anderen Medizinprodukten überprüft. Wichtige Rechtsgrundlagen für diesen Bereich sind:

- Medizinproduktegesetz (MPG)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPG-VwV)

Die Rechtsgrundlagen definieren und regeln dabei die grundsätzlichen Anforderungen. Diese werden fachlich präzisiert durch die gemeinsame Empfehlung der zuständigen Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (Bundesgesundheitsblatt, Oktober 2012). Die Gewerbeaufsicht hat vor Beginn der geplanten Begehungen aber bereits darauf hingewiesen, dass die Aufsichts-be-amten in den Arztpraxen neben der Aufbereitung auch andere rechtlich geregelte Anforderungen an Hygienemanagement und Infektionsprävention überprüfen können, zum Beispiel auch aus den Bereichen Arbeits- und Personalschutz. Das Auftrag gebende Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz hat in Bezug auf die Überwachung festgestellt, dass

Begehungen in Arztpraxen: Informationen von KVB und KBV im Internet

die Gewerbeaufsichtsbeamten dabei auch beratend zur Verfügung stehen. Prinzipielle Fragen können an das überregional zuständige Kompetenzzentrum „Betreiben von Medizinprodukten“ am Gewerbeaufsichtsamt bei der Regierung von Schwaben gerichtet werden (E-Mail: gaa@reg-schw.bayern.de).

Hilfreiche Informationen, Verlinkungen und Unterlagen – wie die KVB-Broschüren zu Hygienemanagement und Aufbereitung zum Selbstausdrucken – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Hygiene und Medizinprodukte* und auf den weiteren nachgeordneten Themen-Webseiten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 oder – 3 19
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de
 oder
 Dr. med. Lutz Bader
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
 E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

Anfang 2016 hat die Bayerische Gewerbeaufsicht bereits Begehungen in Arztpraxen von niedergelassenen Gynäkologen durchgeführt, seit September auch bei Dermatologen. Für die Zukunft ist mit Stichproben-Überprüfungen von weiteren Fachgruppen zu rechnen. Nachdem die Überwachungsschwerpunkte bei den verschiedenen Arztgruppen in der Regel weitgehend ähnlich sind, haben wir als Serviceangebot Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Hygiene und Medizinprodukte/Begehungen in Arztpraxen* für Sie zusammengestellt.

Dort finden Sie aktuelle Meldungen und Hinweise zu angekündigten oder bereits abgeschlossenen Schwerpunktaktionen der Aufsichtsbehörden, um sich und Ihre Praxis auf eine anstehende Begehung gut vorbereiten zu können. So wird beispielsweise die jeweils verwendete oder vorgesehene „Checkliste“ beziehungsweise eine Auflistung von Themen der Überwachung – wie jetzt für die dermatologischen Praxen – eingestellt.

Darüber hinaus werden für Begehungen nützliche Verlinkungen angeboten. So zum Beispiel zu einer seit August zur Verfügung stehenden neuen Themenseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Thema Hygiene und Medizinprodukte in Arztpraxen. Im Zentrum dieser neuen KBV-Webseite steht der Selbsttest „Mein PraxisCheck Hygiene“ und eine umfangreiche Linkliste zu allen wichtigen Themen des Hygienemanagements. Diese Liste wird regelmäßig aktualisiert und ergänzt und soll dadurch zu einem wachsenden Nachschlagewerk für die niedergelassenen Ärzte und ihr Praxispersonal werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 oder – 3 19
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de
 oder
 Dr. med. Lutz Bader
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
 E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie bereits in der Vergangenheit – zuletzt in den KVB INFOS, Ausgabe 04/2016 – möchten wir Ihnen an dieser Stelle wieder die aktuellen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB zur Verfügung stellen und Sie über den größten Zu-

wachs der Installationszahlen der letzten zwölf Monate informieren.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: x Installationen in der Statistik bedeuten, dass x Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise den Systemen des

genannten Anbieters in einem Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2015 wurden insgesamt 18.369 Installationen vermerkt, im Quartal 2/2016 waren es 18.470. Zur Jahresmitte 2016 waren insgesamt 115 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB					
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2015 zu 2/2016
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.396	18,39%	+147
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.526	13,68%	-12
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.729	9,36%	-52
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.608	8,71%	-16
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	959	5,19%	-25
6	ALBIS	CompuGroup Medical	903	4,89%	-17
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	848	4,59%	0
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	633	3,43%	-36
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	584	3,16%	-36
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	459	2,49%	+5

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs				
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 2/2015 bis 2/2016	Installationen gesamt (Stand 2/2016)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+147	3.396
2	Med7	Bitron GmbH	+42	195
3	RescuePro	RescuePro Production GbR	+35	106
4	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+34	35
5	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+30	31
6	EPIKUR	Epikur Software & IT Service	+28	229
7	Elefant	HASOMED GmbH	+26	238
8	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+22	152
9	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+17	153
10	tomedo	zollsoft GmbH	+16	76

Chronikerbescheinigung – neues Formular Muster 55

Das Bescheinigen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß Paragraf 62 SGB V wird einfacher: Ab 1. Oktober 2016 gibt es ein neues Formular, mit dem Vertragsärzte die sogenannte Chronikerbescheinigung ausstellen können. Mit der Bescheinigung können Versicherte die Absenkung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen beantragen.

Gemäß „Chroniker-Richtlinie“ gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB oder die MdE festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit begründet sein müssen.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Diese Dauerbehandlung als therapiegerechtes Verhalten sowie das zusätzliche Merkmal sind zu belegen.

Die wichtigsten Neuerungen des neuen Musters 55

- Das neue Muster 55 ist deutlich übersichtlicher als der bisherige Vordruck. Die Zahl der Ausfüllfelder wurde auf das Nötigste reduziert. Angaben, die von Vertragsärzten als nicht sinnvoll kritisiert worden waren, sind weggefallen. Dadurch konnte die Größe des Musters von DIN-Format A4 auf A6 verkleinert werden.
- Auf dem neuen Muster gibt es keinen Ausfüllbereich mehr für

die Krankenkasse. In der Praxis hatte sich gezeigt, dass diese Felder nur selten genutzt wurden und die Patienten die Vordrucke meist ohne Angaben der Krankenkasse dem Arzt vorlegten.

- Anstelle der bisher kassenindividuellen Bescheinigungen gibt es einen einheitlichen Vordruck, den die Praxen künftig vorhalten müssen. Der Bezug erfolgt über den Kohlhammer-Verlag, Stuttgart. Dieser kann elektronisch mit der Praxisverwaltungssoftware aus-

The image shows the front side of the 'Muster 55' form. At the top right, it says 'Freigabe 08.07.2016'. The main title is 'Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V'. Below this, there are several input fields: 'Name, Vorname des Versicherten', 'geb. am', 'Kostenträgerkennung', 'Versicherten-Nr.', 'Status', 'Betriebsstätten-Nr.', 'Arzt-Nr.', and 'Datum'. There is a section for 'behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)' with three 'ICD-10 - Code' fields. Below that, there are checkboxes for 'Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich' with options 'ja', 'ja, voraussichtlich bis MMJJ', and 'nein'. A small box at the bottom left contains a note about remuneration. On the right side, there is a box with the text 'Seit TTMMJJ (mindestens 4 Quartale zurückliegend) ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.' and a large diagonal watermark that says 'Verbindliches Muster'. At the bottom right, it says 'Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes' and 'Muster 55 (10.2016)'.

Das neue Muster 55: „Chronikerbescheinigung“ – Vorderseite

The image shows the back side of the 'Muster 55' form. At the top, it says 'Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen'. Below this, there are several paragraphs of text providing instructions on how to use the form, including a note that no further information is required if the application is made by a caregiver. There is a section for 'Angaben zum antragstellenden Versicherten' with input fields for 'Name, Vorname', 'Geburtsdatum' (with a TTMMJJ date selector), 'Krankenkassa', and 'Krankenversichertennummer'. A large diagonal watermark that says 'Verbindliches Muster' is overlaid on the form. At the bottom right, it says 'Freigabe 08.07.2016'.

Das neue Muster 55: „Chronikerbescheinigung“ – Rückseite

gefüllt oder alternativ per Blankoformularbedruckung erzeugt werden. Das handschriftliche Ausfüllen der durch die Krankenkassen oft vielfältig gestalteten Bescheinigungen entfällt somit zukünftig.

- Die behandlungsbedürftigen Dauerdiagnosen werden als ICD-10-Code angegeben.
- Auf der Rückseite des Formulars befindet sich ein Ausfüllbereich für den Patienten. Dort muss der Patient Angaben zum Antragsteller machen, wenn er den Antrag nicht selbst stellt. Dies kann der Fall sein, wenn zum Beispiel der Ehepartner den gemeinsamen Antrag bei seiner Krankenkasse einreicht. Diese benötigt die Angaben, um die Chronikerbescheinigung dem Antrag zuordnen zu können.

Abrechnungshinweise

Das Ausfüllen des Vordrucks Musters 55 ist bei Haus- und Kinderärzten mit den Chronikerpauschalen GOP 03220/03221 beziehungsweise GOP 04220/04221 abgedeckt. Voraussetzung zur Abrechnung der Chronikerpauschalen ist, dass im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patientenkontakt (zum Beispiel telefonisch) in derselben Praxis stattgefunden hat.

Von allen anderen Fachgruppen ist die Ausstellung des Musters 55 über die GOP 01610 berechnungsfähig.

Besonderheit Hausarztwechsel

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer le-

bensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat.

In diesem Fall muss der Hausarzt, der die Betreuung übernimmt, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patientenkontakte dokumentieren. Zur Dokumentation dieser vorausgegangenen Behandlung sind die Chronikerpauschalen mit dem Buchstaben H abzurechnen (GOP 03220H/03221H beziehungsweise GOP 04220H/04221H), solange bis die Voraussetzungen in eigener Praxis erfüllt sind.

Besonderheit Vertretungsfall

Anders verhält es sich hingegen im Vertretungsfall. Hier ist die Abrechnung der Chronikerpauschalen zwar generell möglich, jedoch müssen dabei sämtliche Vorgaben an die kontinuierliche Behandlung in der Vertreterpraxis selbst erfüllt sein (Arzt-Patientenkontakte wie oben beschrieben).

- Bitte beachten Sie, dass eine H-Kennzeichnung im Vertretungsfall nicht erforderlich ist.
- Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung in allen Fällen die Abrechnungsvoraussetzungen.

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

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Die Feststellung des Todes sowie die Leichenschau sind die letzten Dienste des Arztes am Patienten – oft unangenehm, aber gesetzlich wichtig und verpflichtend. Die Frage, ob der Tod durch eine natürliche oder nicht natürliche Ursache eingetreten ist, bereitet nicht selten Probleme. Für die eindeutige Todesfeststellung und die Klassifizierung der Todesursache ist lediglich das sichere Erkennen und Deuten von Todeszeichen von maßgeblichem Interesse.

Im Rahmen des Expertengesprächs Ärztliche Leichenschau wollen wir Sie wieder auf den aktuellen Stand bringen und Ihnen umsetzbare Ratschläge, Tipps und bewährte Hilfestellungen vermitteln. Anhand von typischen Fallbeispielen zeigen Experten Probleme und Anwendungen der Rechtsgrundlagen zur Leichenschau auf. Darüber hinaus informieren die Referenten aus juristischer Sicht über formale Fehler und die Folgen fehlerhafter Leichenschauen. Rechtsmediziner, eine Amtsärztin und ein Staatsanwalt stellen sich gerne Ihren Fragen.

Das Expertengespräch Ärztliche Leichenschau findet am Mittwoch, den 23. November um 17.00 Uhr im Konferenzbereich der KVB (5. Stock), Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt. Die Teilnahme ist für Sie kostenfrei. Sie erhalten von der Bayerischen Landesärztekammer Fortbildungspunkte.

Bitte melden Sie sich für diese Veranstaltung bis zum 10. November 2016 verbindlich an unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

Sie können uns Ihre Anmeldung auch per Fax an 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20 zusenden.

Sicher im Bereitschafts- dienst 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, ereignen sich immer wieder schwierige 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.

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
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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:

- 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 2015)
- 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:

- 26. November 2016
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:

- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitschaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Not-

fälle, 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:

- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 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 Anforderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfallschulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2017

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr finden Sie voraussichtlich ab Mitte November unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche mit Online-Anmeldung*. Die Seminarbroschüren für 2017 erhalten die Praxen Anfang Dezember.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Kinderarztpraxen
Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen
Abrechnungsworkshop - Augenärzte
Abrechnungsworkshop - HNO
Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater
Abrechnungsworkshop - Urologen
Alles rund ums Arbeitsrecht
Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt
Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten
DMP - Brustkrebs für koordinierende Hausärzte
DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte
DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes - KHK
DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte
Einführung in den Arbeitsschutz
Gründer-/Abgeberforum
Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige fachärztliche Praxen
Hautkrebsscreening
Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten
Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren
Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren
Qualitätsmanagement für Einsteiger

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2016 27. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016 15. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2016 9. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. November 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	München
DMP-Ärzte	80,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	80,- Euro	5. November 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	28. Oktober 2016 11. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Würzburg
DMP-Ärzte	95,- Euro	22. Oktober 2016 9. November 2016	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2016 15. Oktober 2016 22. Oktober 2016 22. Oktober 2016 12. November 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 9.30 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg Augsburg Bayreuth Regensburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	22. Oktober 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	22. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 11|16

ABRECHNUNG

- 170 Die nächsten Zahlungstermine
- 170 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016
- 173 Vergütung der Samstags-sprechstunde, GOP 01102 EBM
- 174 Job-Sharing: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie

VERORDNUNG

- 175 Zuzahlung für Patienten – Höhe und Regelungen
- 176 Arzneimittel-Richtlinie
- 176 Muster 16a (Sprechstunden-bedarfsrezept)
- 176 Arzneimittelverordnungen und Datenschutz
- 177 Verordnungen für medizinische Rehabilitation
- 177 Heilmittelverordnungen bei Reha-Sport
- 177 Heilmittel bei voneinander unabhängigen Krankheiten
- 178 Nasale Gripeschutzimpfung für Kinder
- 179 Patientenhinweise

QUALITÄT

- 179 Anpassung der Ultraschall-vereinbarung zum 1. Oktober 2016

IT IN DER PRAXIS

- 180 Ende des KV-SafeNet*-Förderprogramms
- 180 Abschied von KV-Ident

SEMINARE

- 181 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 181 Expertengespräch Leichenschau
- 182 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. November 2016

Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016

Abschlagszahlung November 2016

** Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später*

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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 veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Medikationsplan – Vergütung ab dem 1. Oktober 2016

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten laut Gesetz Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform, sofern sie gleichzeitig mindestens drei verordnete – systemisch wirkende – Medikamente anwenden. Über diesen Anspruch sind die Patienten zu informieren.

In dem Medikationsplan können die Patienten auf einen Blick sehen, welche Medikamente sie einnehmen. Dies soll zu mehr Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme führen.

- Der Anspruch der Versicherten ist im neuen Paragraphen 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt.
- Der Medikationsplan enthält eine Übersicht über die Arzneimittel eines Patienten. Sowohl die verordnungsfähigen Arzneimittel als auch OTC- beziehungsweise freiverkäufliche Arzneimittel sowie gegebenenfalls Medizinprodukte (zum Beispiel Abführ-

mittel) sollen aufgeführt werden. Die Anwendung der Arzneimittel muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – erfolgen.

- Den Medikationsplan erstellt in der Regel der Hausarzt. Er ist zum Ausstellen von Medikationsplänen verpflichtet. Nur wenn Patienten keinen Hausarzt haben, sind auch Fachärzte verpflichtet, einen Medikationsplan auszustellen.
- Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, Apotheker aktualisieren auf Wunsch des Versicherten. Aktualisierungen durch andere Ärzte und Krankenhäuser sind ebenfalls möglich.

Weitere Informationen, wie beispielsweise zu Inhalt und Form des Medikationsplans, entnehmen Sie bitte unserer diesbezüglichen Ausgabe „Verordnung Aktuell“. Bei Fragen zum Inhalt des Medikationsplans wenden Sie sich gerne auch an unser Servicetelefon Verordnung (Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30).

Haus- und Kinderärzte

Zur Vergütung des gegebenenfalls zu erstellenden Medikationsplans und dessen Aktualisierung wurden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

Bei nicht chronisch kranken Patienten: Neue Einzelleistung (GOP 01630)

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können für die Erstellung des Medikationsplans für nicht chronisch kranke Patienten die neue Gebührenordnungsposition 01630 abrechnen.

Neu: GOP 01630 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345,

09345, 10345, 13435, 13437, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß Paragraph 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM-Bewertung	39 Punkte
Preis B€GO	4,07 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die GOP 01630 kann von Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten nur abgerechnet werden, wenn im gleichen Behandlungsfall eine Versichertenpauschale 03000/04000 abgerechnet wird.
- im Laufe des Krankheitsfalles nur von einem Vertragsarzt berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben den Chronikerpauschalen (GOP 03220, 03221, 04220, 04221) berechnungsfähig

Bei allen chronisch kranken Patienten: Zuschlag zur Chronikerpauschale

Für alle chronisch kranken Patienten erhalten Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte einen Zuschlag auf die Chronikerpauschale, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren ist.

Neu: GOP 03222 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220

EBM-Bewertung	10 Punkte
Preis B€GO	1,04 Euro

- einmal im Behandlungsfall
- im Behandlungsfall nicht neben dem hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03362) berechnungsfähig, da dieser bereits die Erstellung und/oder Aktualisierung des Medikationsplans vergütet

Neu: GOP 04222 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220

EBM-Bewertung	10 Punkte
Preis B€GO	1,04 Euro

- einmal im Behandlungsfall

Was für Sie hier wichtig ist:

Sie müssen den neuen Zuschlag zur Chronikerpauschale nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Der Zuschlag für den Medikationsplan wird von uns automatisch einmal im Behandlungsfall zu Ihrer Chronikerpauschale zugesetzt, wenn im Krankheitsfall von Ihnen/Ihrer Praxis nicht schon der Zuschlag nach GOP 01630 berechnet wurde.

Fachärzte

Zur Vergütung des gegebenenfalls zu erstellenden Medikationsplans und dessen Aktualisierung wurden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

Bei definierten Patientengruppen: Neue Einzelleistung (GOP 01630)

Fachärzte können zukünftig für die Erstellung des Medikationsplans für onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation die neue Gebührenordnungsposition 01630 abrechnen.

Neu: GOP 01630 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen

03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß Paragraph 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM-Bewertung	39 Punkte
Preis B€GO	4,07 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die GOP 01630 kann von Fachärzten nur abgerechnet werden, wenn im gleichen Behandlungsfall eine der folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet wird:
 - eine Zusatzpauschale Onkologie bei den Fachgruppen Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie und Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und/oder Pneumologie (Hinweis: Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie erhalten anstelle einer Einzelleistungsvergütung einen entsprechend höheren Zuschlag auf die Grundpauschale)
 - die Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient nach GOP 30700
 - eine Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantatträgers (GOPen 13437, 13561, 13601 und 13677)
- im Laufe des Krankheitsfalles nur von einem Vertragsarzt berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben den neuen Medikationsplan-Zuschlägen zu den Grundpauschalen (siehe unten) berechnungsfähig

Bei allen anderen Patienten: Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale

Für alle anderen Patienten erhalten die meisten Fachgruppen einmal im Behandlungsfall einen Zuschlag auf die Grundpauschale, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren ist.

Übersicht über die neuen fachärztlichen Zuschläge			
GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro
05227	Anästhesiologie	3	0,31
06227	Augenheilkunde	2	0,21
07227	Chirurgie	2	0,21
08227	Gynäkologie	2	0,21
09227	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,	2	0,21
20227	Phoniatrie und Pädaudiologie		
10227	Dermatologie	2	0,21
13227	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)	9	0,94
13297	Innere Medizin - Angiologie	2	0,21
13347	Innere Medizin - Endokrinologie	3	0,31
13397	Innere Medizin - Gastroenterologie	2	0,21
13497	Innere Medizin - Hämato-/Onkologie	9	0,94
13547	Innere Medizin - Kardiologie	2	0,21
13597	Innere Medizin - Nephrologie	9	0,94
13647	Innere Medizin - Pneumologie	6	0,63
13697	Innere Medizin - Rheumatologie	6	0,63
14217	Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	0,21
16218	Neurologie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
18227	Orthopädie	2	0,21
20227	Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)	2	0,21
21227	Psychiatrie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
21228	Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	6	0,63
22219	Psychosomatik und Psychotherapie	2	0,21
26227	Urologie	2	0,21
27227	Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	0,21
30701	Schmerztherapie	9	0,94

Was für Sie hier wichtig ist:

Sie müssen den neuen Zuschlag zur Grundpauschale nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Der Zuschlag für den Medikationsplan wird von uns **automatisch** einmal im Behandlungsfall zu Ihrer arztgruppenspezifischen Grundpauschale **zuge-setzt**, wenn im Krankheitsfall von Ihnen/Ihrer Praxis nicht schon der Zuschlag nach GOP 01630 berechnet wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch:

- Fachgruppen, die viele Medikamente verordnen und deshalb gegebenenfalls öfter einen Plan aktualisieren oder ausstellen, erhalten einen höheren Zuschlag als Fachgruppen mit wenigen Verordnungen.
- Fachgruppen, die keine oder sehr wenige Medikamente verordnen, erhalten aufgrund der anteilmäßig geringen Verordnungen keinen Zuschlag. Bei diesen Fachgruppen ist die Erstellung und Aktualisierung Leistungsbestandteil ihrer Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Vergütung

Die neuen Zuschläge zur Vergütung des Medikationsplans nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 sollen laut Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet werden. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Vergütung der Samstagssprechstunde, GOP 01102 EBM

Weitere Informationen im Internet

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnung/Arzneimittel* stellen wir Ihnen noch weitere Informationen zum Thema Medikationsplan bereit. Hier finden Sie zum Beispiel unsere entsprechende Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ sowie den Beschluss zur Aufnahme des Paragraphen 29a in den Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Themenseite über alles Wesentliche rund um den bundeseinheitlichen Medikationsplan (www.kbv.de/html/medikationsplan.php).

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 die Abrechenbarkeit der Samstagssprechstunde für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschlossen. Die Gebührenordnungsposition 01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr) wird in die Nr. 5 der Präambel zum Abschnitt 23.1 EBM aufgenommen.

Der Beschluss wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Rückwirkende Umsetzung für die Quartale 2/2005 bis 3/2016

Die Änderungen treten rückwirkend zum 1. April 2005 in Kraft. Die EBM-Änderung können wir technisch erstmals mit der Abrechnung des Quartals 3/2016 berücksichtigen. Die Vergütung der abgerechneten Samstagssprechstunden in allen zurückliegenden Quartalen werden von uns über entsprechende Nachvergütungsläufe abgewickelt.

■ **Quartale 2/2005 bis 1/2016:**
 Die rückwirkende Änderung des EBM ist nur auf nicht bestandskräftige Honorarbescheide anzuwenden. Die Zahlung der sich ergebenden Nachvergütung für diese Quartale erfolgt daher sukzessive von Amts wegen für diejenigen psychologischen Psy-

chotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, **deren Honorarbescheide nicht bestandskräftig sind**, beginnend mit dem Honorarbescheid 3/2016.

■ **Quartal 2/2016:**
 Die Nachberechnung für die Vergütung der abgerechneten Samstagssprechstunden betreffend das Quartal 2/2016 erfolgt **für alle Leistungserbringer** von Amts wegen. **Ein diesbezüglicher Widerspruch ist insoweit nicht erforderlich.** Die Auszahlung erfolgt mit dem Honorarbescheid 3/2016.

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

Job-Sharing: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung zum 15. September 2016 die Regelungen zur Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung und zur Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Zulassungsbeschränkungen (Job-Sharing) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bedpl-Rili) geändert. Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits im Job-Sharing tätig sind, wurden über die wichtigsten Änderungen mit Schreiben vom 30. September 2016 gesondert informiert.

- **Höhere Job-Sharing Obergrenze für unterdurchschnittlich ausgelastete Job-Sharing Praxen: Steigerung des Umsatzes bis zum Fachgruppendurchschnitt möglich.**

Neu für Vertragsärzte:

Zukünftig erhalten im Job-Sharing tätige Vertragsärzte mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang den Fachgruppendurchschnitt zuzüglich drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts als Obergrenze.

Neu für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Bei unterdurchschnittlich ausgelasteten psychotherapeutischen Job-Sharing Praxen wird die Obergrenze mit dem Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25 Prozent berechnet.

Diese neue Regelung nach Paragraph 43 Absatz 1 Satz 4 Bedpl-Rili gilt für Praxen, die neu mit dem Job-Sharing beginnen, und für bestehende Job-Sharing Praxen, wenn ein bereits zugelassener Vertragsarzt/ Psychotherapeut über vier Quartale in unterdurchschnittlichem Umfang tätig ist.

- Künftig werden **die in Job-Sharing Praxen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten nicht mehr in die Berechnung des Fachgruppendurchschnitts einbezogen**, Paragraph 43 Absatz 2 Nummer 1 Bedpl-Rili.
- Die **Gründung eines Job-Sharing Verhältnisses** ist künftig **nur noch zu Beginn eines Quartals** möglich, Paragraph 40 Satz 1 Bedpl-Rili.
- Das Antragsrecht der Vertragsärzte und Psychotherapeuten auf Anpassung der Obergrenze nach Paragraph 44 Satz 2 Bedpl-Rili wurde erweitert und umfasst nun auch Änderungen der Bedpl-Rili.
- Die Regelungen zur Fachidentität bei Job-Sharing Zulassung und Job-Sharing Anstellung wurden in der Richtlinie vereinheitlicht.
- Es wurde klargestellt, dass bei außergewöhnlichen Entwicklungen in den Basisquartalen (wie zum Beispiel Krankheit) die vorherigen Quartale bei der Berechnung der Job-Sharing Obergrenze heranzuziehen sind, Paragraph 42 Absatz 1 Satz 7, erster Halbsatz Bedpl-Rili.*
- Auch bei Pflegezeiten – bisher nur bei Krankheits- und Erziehungszeiten – können die Job-Sharing Obergrenzen nun mit dem Fachgruppendurchschnitt berechnet werden, Paragraph 43 Absatz 1 Satz 2 Bedpl-Rili.*
- Der Versorgungsauftrag des Antragstellers (voll oder hälftig) ist künftig bei der Festlegung der Obergrenze zu berücksichtigen.*

Nähere Informationen zum Job-Sharing Berechnungsverfahren und Ihrem Antragsrecht auf Anpassung der Job-Sharing Obergrenze finden Sie in unserem Merkblatt „Informa-

tion zum Thema Job-Sharing – Berechnungsverfahren und Anpassung der Obergrenzen“ auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Merkblätter Abrechnung*.

** Diese Punkte wurden von uns in der Vergangenheit bereits umgesetzt.*

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

Zuzahlung für Patienten – Höhe und Regelungen

Zum Thema „Zuzahlung – Höhe und Regelungen“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Formelles* im Aufklappelement unter „Allgemein“ eine Ausgabe von „Verordnung Aktuell“. Nachfolgend

stellen wir Ihnen als Auszug die folgende Tabelle dar. Eine Zuzahlung ist grundsätzlich für alle Patienten fällig, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen gültigen Befreiungsausweis besitzen.

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

Arznei- und Verbandmittel (Ausnahmen siehe Impfstoffe, Teststreifen)	Zehn Prozent des Abgabepreises, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arznei- und Verbandmittels.
Anschlussheilbehandlung	Zehn Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage.
Häusliche Krankenpflege	Zehn Prozent des Abgabepreises, zuzüglich zehn Euro je Verordnungsblatt für 28 Kalendertage je Kalenderjahr. Die Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege zahlt Ihr Patient direkt an die Krankenkasse – nicht an den Pflegedienst.
Haushaltshilfe	Zehn Prozent pro Kalendertag, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro.
Heilmittel	Zehn Prozent des Abgabepreises, zuzüglich zehn Euro je Verordnungsblatt, jedoch nicht mehr als die Kosten des Heilmittels.
Hilfsmittel, zum Gebrauch bestimmt (zum Beispiel Bandagen)	Zehn Prozent des Abgabepreises, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.
Hilfsmittel, zum Verbrauch bestimmt (zum Beispiel Inkontinenzhilfen)	Zehn Prozent je Verbrauchseinheit, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.
Impfstoffe	Keine Zuzahlung für nach der Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlene Impfungen.
Krankentransport	Zehn Prozent der Fahrkosten, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro (auch Kinder/Jugendliche bis zum 18. Geburtstag).
Pflegehilfsmittel, zum Gebrauch bestimmt (zum Beispiel Badewannenlifter)	Zehn Prozent, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel. Bei leihweise überlassenen technischen Pflegehilfsmitteln entfällt eine Zuzahlung.
Pflegehilfsmittel, zum Verbrauch bestimmt (zum Beispiel Bettschutzeinlagen)	Es werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse gezahlt. Alles, was darüber hinaus geht, hat der Patient zu tragen.
Rehabilitation	Zehn Euro pro Kalendertag.
Rehabilitation für Mütter und Väter	Zehn Euro pro Kalendertag.
Soziotherapie	Zehn Prozent pro Kalendertag, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro.
Stationärer Aufenthalt	Zehn Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage.
Teststreifen, zum Beispiel Blutzucker	Keine Zuzahlung.

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.

Die folgenden vom G-BA beschlossenen Nutzenbewertungen traten zuletzt in Kraft:

- Empagliflozin
- Empagliflozin/Metformin
- Idelalisib
- Osimertinib
- Necitumumab
- Ramicirumab – neues Anwendungsgebiet, Kolorektalkarzinom
- Ramucirumab – neues Anwendungsgebiet, Lungenkarzinom
- Ticagrelor – neues Anwendungsgebiet

Sie finden die Hintergrundinformationen sowie eine quartalsweise Zusammenfassung der in Kraft getretenen Beschlüsse einzelner Nutzenbewertungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/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

Muster 16a (Sprechstundenbedarfsrezept)

Bitte unterschreiben Sie das Sprechstundenbedarfsrezept auf der Vorderseite, rechts unten im Verordnungsfeld. Ihr Vertragsstempel kommt auf die Rückseite.

Die AOK Bayern begründete ihren Hinweis damit, dass von ihren Dienstleistern regelhaft nur die Vorderseite der Rezepte eingescannt wird. Eine fehlende Arztunterschrift kann zu Retaxationen der Apotheken führen. Die Apotheken können Sie daher bitten, auf der Vorderseite zu unterschreiben, obwohl Sie beim Stempeldruck (Rückseite) bereits unterschrieben haben.

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

Arzneimittelverordnungen und Datenschutz

Bitte denken Sie bei Arzneimittelverordnungen und Verordnungen von Verbandmitteln daran, aus Datenschutzgründen die medizinische Begründung Ihrer Verordnung in der Patientenakte und nicht auf der Verordnung zu dokumentieren.

Auf Hilfsmittelverordnungen hingegen ist eine Diagnose zwingend notwendig, denn nur anhand der Diagnose ist es dem Leistungserbringer (zum Beispiel Sanitätshaus, Apotheke) möglich, das passende Hilfsmittel auszuwählen.

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

Verordnungen für medizinische Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Muster 61) umfassen unter anderem die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die in einem direkten Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme stehen. Das bedeutet für Sie, dass Sie keine Verordnungen, die die Rehabilitationsmaßnahme betreffen, ausstellen.

Arzneimittel beziehungsweise Verordnungen hingegen, die die Rehabilitationsmaßnahme nicht betreffen, sind von Ihrem Patienten in die Rehabilitationseinrichtung mitzubringen beziehungsweise von Ihnen auszustellen.

Treten während des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung akute Erkrankungen auf, die mit den Rehabilitationsmaßnahmen nicht im Zusammenhang stehen, so ist ein niedergelassener Vertragsarzt vor Ort mit der Versicherungskarte aufzusuchen. Dieser übernimmt dann die nicht mit der Rehabilitation in Verbindung stehende Behandlung.

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

Heilmittelverordnungen bei Reha-Sport

Sowohl **Rehabilitationssport** als auch **Funktionstraining** (Muster 56) dienen der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch **nicht** die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, zum Beispiel Bewegungsübungen oder Krankengymnastik (Quelle: Vordruck-Erläuterungen).

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

Heilmittel bei voneinander unabhängigen Krankheiten

Nachdem die Frage nach den voneinander unabhängigen Erkrankungen häufig gestellt wird, haben wir die nachfolgende Information für Sie:

In Paragraph 7 Absatz 4 der Heilmittel-Richtlinie steht:

„Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind.“

Ein Beispiel hierfür wären die degenerative Wirbelsäulen-Erkrankung und ein akut hinzukommendes Krankheitsbild im Bereich der Wirbelsäule. Erstreckt sich die degenerative Wirbelsäulen-Erkrankung auch auf mehrere Bereiche, dann handelt es sich um eine Diagnose und damit nur um einen Regelfall (eine 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

Nasale Gripeschutzimpfung für Kinder

Gemeinsam mit den Krankenkassen in Bayern wurde folgende Regelung zur Gripeschutzimpfung mit nasalem Impfstoff für zwei- bis sechsjährige Kinder mit Grunderkrankung vereinbart.

Der Bezug des Impfstoffs erfolgt über Einzelverordnung.

Bitte beachten Sie, dass sich die Empfehlung der STIKO nur auf Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines dokumentierten Grundleidens bezieht, wie beispielsweise:

- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD),
- chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten,
- Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen,
- Kinder mit angeborenen und erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion,
- Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können,
- HIV-Infektion.

Zudem informiert die STIKO im September 2016 darüber, dass bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren eine Überlegenheit von LAIV (attenuierter Lebendimpfstoff) gegenüber IIV (inaktivierter Influenza-Impfstoff) derzeit nicht belegt ist und IIV und LAIV gleichwertig angewendet werden können.

Die präferenzielle Empfehlung für die Verwendung von LAIV in der Altersgruppe von zwei bis sechs Jah-

ren wird zunächst für die kommende Saison ausgesetzt.

Detaillierte Angaben hierzu finden Sie unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/39_16_STIKO-Stellungnahme.html.

Kontraindikationen für Fluenz Tetra® sind nach der Fachinformation gegeben für:

- Säuglinge und Kleinkinder unter 24 Monaten
- Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, gegen Gentamicin oder gegen Eier oder Ei-proteine
- Kinder mit klinischer Immunschwäche aufgrund von Erkrankungen oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva (zum Beispiel akute und chronische Leukämie, Lymphom, symptomatische HIV-Infektion, zelluläre Immundefekte und hoch dosierte Kortikosteroid-Behandlung)
- Kinder, die mit Salicylaten behandelt werden.
- Zusätzlich sollte Fluenz Tetra® nicht an Kinder und Jugendliche mit schwerem Asthma oder akutem Giemen verabreicht werden.

Zudem sind die Impflinge beziehungsweise deren Aufsichtspersonen zu informieren, dass Fluenz Tetra® ein attenuierter Lebendimpfstoff ist und daher die Gefahr einer Virusübertragung auf immungeschwächte Personen besteht. Deshalb soll in den ersten ein bis zwei Wochen nach der Impfung soweit wie möglich jeder enge Kontakt der Impflinge zu stark immungeschwächten Personen vermieden werden (Fachinformation).

Generell gelten die Bestimmungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung. Eine Übersicht der Abrechnungsziffern und einen Link zur SI-RL finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

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

Patientenhinweise

Zur Unterstützung Ihrer Beratungsleistung stellen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise* Informationen für Ihre Patienten zur Verfügung.

Der Patientenhinweis „Einnahme von Gerinnungshemmern“ wurde von uns aktualisiert und neu ins Internet eingestellt.

Es gibt weitere Patientenhinweise zu folgenden Themen:

- Der Arzt ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet
- Massagetherapie
- Verordnung von Arzneimitteln länger als drei Monate?
- Säureblocker (Protonenpumpenhemmer)
- „Switching“ – das Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Präparate
- Saisonale Gripeschutzimpfung
- Harn- und Blutzuckerteststreifen bei nicht insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

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

Anpassung der Ultraschallvereinbarung zum 1. Oktober 2016

Die seit 1. April 2009 gültige Ultraschallvereinbarung (USV) wurde mit Wirkung zum 1. Oktober angepasst. Erleichterungen gibt es vor allem für die Abnahmeprüfungen von Neugeräten und Konstanzprüfungen der in der vertragsärztlichen Versorgung genutzten Ultraschallgeräte.

Bildabnahmeprüfung für Neugeräteprüfung entfällt

Für neue Ultraschallgeräte entfällt zukünftig die Abnahme durch eine Bilderprüfung. In diesen Fällen ist die Einreichung einer vom Hersteller beziehungsweise Gerätevertreiber ausgefüllten Gewährleistungserklärung ausreichend.

Für gebrauchte Ultraschallgeräte, das heißt Ultraschallgeräte, die zum Zeitpunkt der Beantragung über zwei Jahre in Betrieb sind, ist es ausreichend, wenn ein entsprechendes Wartungsprotokoll eingereicht wird, das nicht älter als zwölf Monate ist. Als Alternative kann hier dennoch eine Bildabnahmeprüfung durchgeführt werden.

Verlängerung des Prüfindervalls und Möglichkeit zur Anerkennung von Wartungsprotokollen in der Konstanzprüfung

Das Prüfindervall der Konstanzprüfung wird von vier auf sechs Jahre verlängert. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die bildbasierte Konstanzprüfung durch die Einreichung eines aktuellen Wartungsprotokolls entfallen kann, wenn aus dem Wartungsprotokoll hervorgeht, dass die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

Anpassung der Nachweiszahlen aus Anlage I der USV

Durch die Anpassungen der im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens nachzuweisenden Fallzahlen werden vor allem Divergenzen zwischen den Regelungen des Vertragsarztrechts und der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer weiter abgebaut.

Die in Anlage I USV geforderten Fallzahlen sind dann für jeden weiteren Anwendungsbereich der gleichen Ultraschallmethode nur noch in reduzierter Anzahl nachzuweisen, wenn für einen Anwendungsbereich dieser Ultraschallmethode bereits der Nachweis der in Anlage I geforderten Zahlen in voller Höhe erbracht wurde.

Anerkennbarkeit von Ultraschallkursen in Modulstruktur

Zukünftig können auch Ultraschallkurse anerkannt werden, die in einzelnen Modulen angeboten werden und nicht mehr ausschließlich in mehrtägig zusammenhängenden Blockkursen.

Damit wird auch der neuen Kursstruktur der Fachgesellschaften für Ultraschallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz Rechnung getragen. Durch die Anerkennung von Kursen in Modulstruktur ist eine flexible Durchführung der Kurse möglich.

Hygiene von Endosonographie-sonden

Ab 1. Oktober 2016 muss über die vom Hersteller beziehungsweise Gerätevertreiber ausgefüllte Gewährleistungserklärung nachgewiesen werden, dass der Hersteller des Ultraschallgeräts in der Gebrauchsanweisung Angaben zu mindestens einem wirksamen und materialver-

Ende des KV-SafeNet*- Förderprogramms

trägliches Desinfektionsverfahren mit bakterizider, fungizider und viruzider Wirkung zur Verfügung stellt.

So wird auf bestehende Anforderungen an die Hygiene und Aufbereitung von Endosonographiesonden – unter anderem gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung – auch in der Ultraschallvereinbarung eingegangen.

Sollten Sie sich nach dem 1. Oktober 2016 eine neue Endosonographiesonde anschaffen und noch keine entsprechende Gewährleistungserklärung mit der Bestätigung erhalten haben, können Sie diesen Nachweis bis zum 31. März 2017 nachreichen.

Änderung ab 1. Januar 2017: Dokumentationsprüfungen

Die jährliche Quote für die durchzuführenden Dokumentationsprüfungen wird von bisher drei Prozent auf sechs Prozent angehoben. Drei Prozent der Prüfungen sollen dabei auf Genehmigungen bezogen werden, die erstmals erteilt wurden. Die Erhöhung der Prüfquote gilt ab 1. Januar 2017. Über die weitere Vorgehensweise werden wir Sie noch gesondert informieren.

Weitere Informationen zur Ultraschallvereinbarung finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Sonographie*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 05 01
E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Das KV-SafeNet*-Förderprogramm läuft zum Jahresende 2016 aus. Bis dahin können Sie sich noch für einen KV-SafeNet*-Anschluss entscheiden und im Rahmen unseres speziellen Förderprogramms bis zu 1.000 Euro sichern. Auf diese Weise möchten wir Sie bei der Anschaffung und Nutzung eines KV-SafeNet*-Anschlusses unterstützen.

Falls Sie eine KV-SafeNet*-Förderung beantragen möchten, senden Sie uns Ihren Antrag bitte ausschließlich online zu. Das Antragsformular sowie weiterführende Informationen und alle Fakten zum Förderprogramm, den technischen Voraussetzungen und möglichen KV-SafeNet*-Providern finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet/Förderung*.

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

Abschied von KV-Ident

Bis zum Jahresende wird das KV-Ident-Verfahren Geschichte sein. Wie wir bereits in der September-Ausgabe der KVB INFOS berichtet haben, haben wir mittlerweile alle Inhaber einer KV-Ident-Gridkarte mit einem KV-Ident Plus-Token ausgestattet. Von den bislang insgesamt 25.000 versendeten KV-Ident Plus-Token wurden bereits 21.200 Token aktiviert. Dies entspricht einer Quote von knapp 85 Prozent.

Aktuell haben wir noch einige wenige KV-Ident-Gridkarten im Umlauf, die bis Ende 2016 oder darüber hinaus gültig sind. Wir werden diese **KV-Ident-Gridkarten bis Ende November 2016 vorzeitig beenden**. Das bedeutet, dass Sie diese KV-Ident-Gridkarten nach dem 30. November 2016 nicht mehr nutzen können.

Den Mitgliedern, die noch nicht im Besitz eines KV-Ident Plus-Tokens sind, empfehlen wir deshalb, sich online einfach und schnell einen Token unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident Plus* zu bestellen. Denken Sie bitte daran, Ihren KV-Ident Plus-Token zu aktivieren und die KV-Ident Plus-Software, die wir Ihnen zur Verfügung stellen, zu installieren.

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

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:

- 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 2015)
- 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:

- 26. November 2016
KVB Augsburg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV

- 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: 4
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene

- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Expertengespräch

Leichenschau

- Definition der Todesarten - ein Problem für den Mediziner?
- Qualität und formale Fehler bei der ärztlichen Leichenschau aus der Sicht eines Gesundheitsamts
- Folgen fehlerhafter Leichenschau aus juristischer Sicht

Fortbildungspunkte: 3
keine Teilnahmegebühr
Uhrzeit: 17.30 bis 20.30 Uhr
schriftliche Anmeldung erforderlich

Termin:

- 23. November 2016
KVB München

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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 auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2017

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr finden Sie voraussichtlich ab Mitte November unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*. Die Seminarbroschüren für 2017 erhalten die Praxen Anfang Dezember.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Frauenärzte

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Abrechnungsworkshop - Internisten mit Schwerpunkt und fachärztlichen Internisten

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop - Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop - Urologen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

DMP - Asthma/COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - eintägige Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärztliche und Kinderärztliche Praxen

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

QEP - Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016 1. Dezember 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Dezember 2016 7. Dezember 2016 15. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärztinnen, die sich für eine Niederlassung interessieren	kostenfrei	17. November 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. November 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Dezember 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	19. November 2016	9.00 bis 13.30 Uhr	Augsburg
DMP-Ärzte	80,- Euro	10. Dezember 2016	9.00 bis 15.15 Uhr	München
DMP-Ärzte	95,- Euro	16. November 2016 26. November 2016 10. Dezember 2016	15.00 bis 20.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth Regensburg Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	3. Dezember 2016	9.00 bis 13.30 Uhr	Würzburg
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2016 3. Dezember 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. November 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	18. November 2016 19. November 2016	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

KVBIINFOS 12|16

ABRECHNUNG

- 186 Die nächsten Zahlungstermine
- 186 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2016
- 188 Wirtschaftlichkeitsprüfung – Praxisbesonderheiten
- 188 Vergütung von Sachkosten in der ASV
- 189 Korrektur: Übersicht fachärztliche Zuschläge für Medikationsplan

VERORDNUNG

- 190 Bundeseinheitlicher Medikationsplan
- 190 Änderung der Heilmittel-Vordruckmuster
- 191 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 191 Besondere Verordnungsbedarfe
- 192 Krankenhaus-Entlassmanagement
- 192 Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung
- 192 Fiktiv zugelassene Arzneimittel

IT IN DER PRAXIS

- 193 Ende des KV-SafeNet*-Förderprogramms
- 193 KBV-Fortbildungsportal weiterhin nicht erreichbar

SEMINARE

- 194 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 196 Notfalltraining für das Praxisteam
- 196 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 197 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 198 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

- 12. Dezember 2016**
Abschlagszahlung November 2016
- 11. Januar 2017**
Abschlagszahlung Dezember 2016
- 31. Januar 2017**
Restzahlung 3/2016
- 10. Februar 2017**
Abschlagszahlung Januar 2017
- 10. März 2017**
Abschlagszahlung Februar 2017
- 10. April 2017**
Abschlagszahlung März 2017
- 28. April 2017**
Restzahlung 4/2016
- 10. Mai 2017**
Abschlagszahlung April 2017
- 12. Juni 2017**
Abschlagszahlung Mai 2017
- 10. Juli 2017**
Abschlagszahlung Juni 2017
- 31. Juli 2017**
Restzahlung 1/2017
- 10. August 2017**
Abschlagszahlung Juli 2017
- 11. September 2017**
Abschlagszahlung August 2017
- 10. Oktober 2017**
Abschlagszahlung September 2017
- 30. Oktober 2017**
Restzahlung 2/2017
- 10. November 2017**
Abschlagszahlung Oktober 2017

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2016 bis spätestens **Dienstag, den 10. Januar 2017**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal 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 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,
 - 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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen,

wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/ Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

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*.

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:

Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

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 *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-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

Wirtschaftlichkeitsprüfung Vergütung von Sachkosten in der ASV

– Praxisbesonderheiten

Die Meldung und Darstellung von Praxisbesonderheiten, die immer wieder zusammen mit den betreffenden Abrechnungsunterlagen bei der KVB eingehen, kann ausschließlich im Rahmen von konkreten, bereits eingeleiteten Prüfverfahren erfolgen. Erst wenn Sie von der Prüfungsstelle zur Stellungnahme aufgefordert werden, können diese Stellungnahmen/Meldungen zur Darstellung von Praxisbesonderheiten notwendig sein.

Falls Sie zukünftig weiterhin vorsorglich Darstellungen von Praxisbesonderheiten für sich anfertigen wollen, behalten Sie diese bitte bei sich, damit Sie im Falle eines späteren, tatsächlichen Prüfverfahrens darauf zurückgreifen können.

Die Stellungnahmen sind ohnehin nur gegenüber der für die Wirtschaftlichkeitsprüfung **zuständigen Prüfungsstelle Ärzte Bayern** einzureichen. Die KVB kann und darf selbst bei einem späteren Prüfverfahren diese Informationen bereits aus Datenschutzgründen nicht an die Prüfungsstelle weiterleiten. Die Übersendung der Unterlagen an uns stellt deshalb für Sie einen unnötigen Aufwand dar.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 09 41 / 39 63 – 1 14

Fax 09 41 / 39 63 – 6 81 14

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 6 51

Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 66 51

E-Mail KVWP@kvb.de

Für die Vergütung von Sachkosten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurden die regionalen Vereinbarungen übernommen. Die Neuregelung wurde bereits in den EBM Bereich VII als neue Nummer 6 aufgenommen.

Was ist neu für die ASV-Abrechnung?

Für Vertragsärzte und MVZ sind folgende Regelungen ab Quartal 4/2016 vorgesehen:

Für den **Sprechstundenbedarf** gilt die regionale Vereinbarung nun auch für die Versorgung von ASV-Patienten, das heißt, dass in der ASV der Sprechstundenbedarf ab sofort so wie in der vertragsärztlichen Versorgung verordnet beziehungsweise bezogen werden kann. Die Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf*. **Wichtig:** Diese Produkte und Produktgruppen müssen nicht mehr separat bezogen und abgerechnet werden. Bei der Ausstellung der SSB-Rezepte („Rosa Rezept“ SSB Bayern: Muster 16a bay) sind die Vorgaben zur Kennzeichnung der Vordrucke gemäß Paragraph 9 der ASV-Abrechnungsvereinbarung zu beachten. Das heißt, dass anstelle der BSNR für den ASV-Sprechstundenbedarf die Teamnummer aufgedruckt werden muss.

Für **Kontrastmittel** findet ebenfalls die regionale Vereinbarung Anwendung. Damit wurde Rechtssicherheit für den Anspruch auf entsprechende Kostenerstattung geschaffen. Die Vereinbarung zur Abrechnung von Röntgen-, MRT- und Ultraschallkontrastmitteln mit Stand vom 1. April 2016 finden Sie unter

www.kvb.de im geschützten Mitgliederbereich in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/R*. **Wichtig:** In der ASV-Abrechnung sind die in der Kontrastmittelvereinbarung geforderten Angaben anzugeben.

Bei der Abrechnung der Kosten für Spezialinfusionskatheter gibt es keine Änderungen.

Für **weitere Sachkosten**, die weder unter die Sprechstundenbedarfs- noch unter die Kontrastmittelvereinbarung fallen und auch keine Arzneimittel beziehungsweise in die Arzneimittelversorgung nach Paragraph 31 SGB V einbezogene Produkte sind, aber dennoch im Rahmen der Nummer 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gesondert berechnet werden können, bleibt die bisherige Regelung der Einzelabrechnung gemäß Paragraph 2 Nr. 29 der ASV-Abrechnungsvereinbarung bestehen. **Wichtig:** In der Abrechnung ist der Name des Herstellers beziehungsweise des Lieferanten sowie die Produkt-/Artikelbezeichnung inklusive Artikel- und Modellnummer anzugeben. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen. Eine Kopie der Originalrechnung ist der Krankenkasse auf begründete Anfrage zu übermitteln.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51

E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Korrektur: Übersicht fachärztliche Zuschläge für Medikationsplan

In unserem Artikel „Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016 in den KVB INFOS 11/2016, Seite 172, wurde im Punkt „Medikationsplan - Vergütung ab 1. Oktober 2016“ die Bewertung in Punktzahl und -wert bei den fachärztlichen Zuschlägen versehentlich falsch ausgewiesen. Da die Zuschläge von uns automatisch zugesetzt werden, hat der Abdruck keine Auswirkungen auf Ihre Abrechnung. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen. Nebenstehend haben wir die korrigierte Tabelle abgebildet.

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

Übersicht über die neuen fachärztlichen Zuschläge			
GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro
05227	Anästhesiologie	3	0,31
06227	Augenheilkunde	2	0,21
07227	Chirurgie	2	0,21
08227	Gynäkologie	2	0,21
09227 20227	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	2	0,21
10227	Dermatologie	2	0,21
13227	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)	9	0,94
13297	Innere Medizin - Angiologie	2	0,21
13347	Innere Medizin - Endokrinologie	3	0,31
13397	Innere Medizin - Gastroenterologie	2	0,21
13497	Innere Medizin - Hämato-/Onkologie	9	0,94
13547	Innere Medizin - Kardiologie	2	0,21
13597	Innere Medizin - Nephrologie	9	0,94
13647	Innere Medizin - Pneumologie	6	0,63
13697	Innere Medizin - Rheumatologie	6	0,63
14217	Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	0,21
16218	Neurologie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
18227	Orthopädie	2	0,21
20227	Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)	2	0,21
21227	Psychiatrie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
21228	Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	6	0,63
22219	Psychosomatik und Psychotherapie	2	0,21
26227	Urologie	2	0,21
27227	Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	0,21
30701	Schmerztherapie	9	0,94

Bundeseinheitlicher Medikationsplan

Seit 1. Oktober dieses Jahres haben Patienten, die über einen Zeitraum von Minimum 28 Tagen gleichzeitig mindestens drei (zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnete) systemisch wirkende Medikamente einnehmen oder anwenden, auf Wunsch Anspruch auf einen Medikationsplan. Über diesen Anspruch haben Ärzte ihre Patienten zu informieren.

Der Medikationsplan soll alle Medikamente enthalten, die der Vertragsarzt selbst verordnet hat. Darüber hinaus sollen auch alle anderen angewendeten Arzneimittel aufgeführt werden, sofern der Arzt hiervon Kenntnis hat. Dazu zählen auch Medikamente, die der Patient direkt selbst in der Apotheke erwirbt, zum Beispiel OTCs. Wünscht der Patient, dass ein bestimmtes Medikament nicht eingetragen wird, muss der Arzt davon absehen. Daher haftet er auch nicht für die Vollständigkeit des Medikationsplans. Die Verantwortung für ein verschriebenes Arzneimittel und gegebenenfalls dessen Interaktionen mit anderen liegt nach wie vor bei dem jeweils verschreibenden Arzt.

Die Hausärzte sind nach Bundesvorgabe zum Ausstellen des Medikationsplans verpflichtet. Fachärzte sind dies nur dann, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, alle weiteren behandelnden Ärzte – inklusive Krankenhausärzte – können den Plan ergänzen. Auch die Apotheker müssen auf Wunsch des Patienten eine Aktualisierung vornehmen.

Ab 2018 soll der Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Bis dahin wird er auf Papier ausgestellt. Mit-

hilfe eines aufgedruckten Barcodes soll ermöglicht werden, die im Plan enthaltenen Informationen einzulesen. Ärzte, die die Medikationspläne ihrer Patienten einlesen möchten, brauchen dafür einen geeigneten Barcode-Scanner. Dessen Kauf ist für keinen Arzt verpflichtend.

Die Softwarehäuser wurden aufgefordert, die Verordnungssoftware um den bundeseinheitlichen Medikationsplan zu ergänzen und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizieren zu lassen. Einige Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) verlangen für diese Medikationsplan-Module einmalige und/oder laufende Gebühren. Die Preisgestaltung hierfür obliegt den PVS-Herstellern. Bitte informieren Sie uns, wenn Ihnen die Kosten für Ihr PVS-Modul unangemessen erscheinen.

Spätestens zum 1. April 2017 muss der bundeseinheitliche Plan im PVS bereitgestellt werden. Bis 31. März 2017 können übergangsweise auch noch andere Pläne genutzt werden.

Die Ärzte erhalten für die Erstellung und Aktualisierung des einheitlichen Medikationsplans eine Vergütung, auch bei händischer Ausstellung. Details hierzu finden Sie in den KVB-Serviceschreiben unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Medikationsplan*.

Bei Fragen zum Medikationsplan oder der Vergütung 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 zur Umsetzung im PVS 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

Änderung der Heilmittel-Vordruckmuster

Um zukünftig die Identifikation der besonderen Ordnungsbedarfe im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eindeutig sicherzustellen, wird ein zweites, elektronisch lesbares ICD-10-Feld auf die Ordnungsformulare aufgebracht. Es besteht keine Verpflichtung, dieses zweite ICD-10-Feld zu befüllen. Der zweite ICD-10-Code ist lediglich erforderlich, um bestimmte besondere Ordnungsbedarfe (zum Beispiel postoperative Versorgung, Angabe einer Myelopathie oder Radikulopathie bei Bandscheibenschäden) geltend zu machen.

Die ergänzten Ordnungsformulare werden gleichzeitig mit den geänderten Regelungen zu den besonderen Ordnungsbedarfen zum 1. Januar 2017 eingeführt.

Wichtig: Es gibt keine Übergangsfrist! Die alten Heilmittel-Vordruckmuster verlieren zum 31. Dezember 2016 ihre Gültigkeit. Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort in den Jahren 2013 bis 2016 Muster 13, 14 oder 18 bezogen haben, Mitte Dezember 2016 ein Erstausstattungs paket mit den von Ihnen verwendeten Mustern. Nutzer der Blankoformularbedruckung erhalten keine Erstausstattung, da die Vordrucke von den Softwarefirmen zum 1. Januar 2017 aktualisiert werden.

Detaillierte Informationen stehen Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel* zur Verfügung. Unsere Ausfüllhilfen wurden an die neuen Vordruckmuster angepasst.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zuletzt Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Alirocumab ist nicht verordnungsfähig, solange es mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Ziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich.

Ausführliche Informationen finden Sie hierzu unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* („Verordnung Aktuell“ vom 4. November 2016)

Therapiehinweise (Anlage IV)

Die Therapiehinweise zu den nachfolgenden Wirkstoffen werden aufgehoben:

- Atypische Neuroleptika
- Azathioprin
- Celecoxib
- Etanercept
- Infliximab bei Morbus Crohn
- Oseltamivir
- Raloxifen
- Somatropin Wachstumshormon
- Tibolon
- Zanamivir

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- Aufnahme mosquito® med Läuse-Shampoo 10

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.

Die folgenden, vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen, Nutzenbewertungen traten zuletzt in Kraft:

- Afamelanotid
- Afatinib - neues Anwendungsgebiet
- Brivaracetam
- Crizotinib – neues Anwendungsgebiet
- Evolocumab
- Ibrutinib
- Lumacaftor/Ivacaftor
- Mepolizumab
- Tiotropium/Olodaterol – Aufhebung der Befristung
- Umeclidinium
- Vandetanib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer bis 1. Oktober 2020
- Vismodegib

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung* finden Sie Hintergrundinformationen sowie eine quartalsweise Zusammenfassung der in Kraft getretenen Beschlüsse einzelner Nutzenbewertungen.

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

Besondere Verordnungsbedarfe

Die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs“ wird zum 1. Januar 2017 abgelöst. Die **Praxisbesonderheiten** (bisher Anlage 1) werden als Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen unter der Bezeichnung „Besondere Verordnungsbedarfe“ fortgeführt. Außerdem werden noch weitere Diagnosen in den Katalog der besonderen Verordnungsbedarfe aufgenommen.

Künftig sind die Diagnosen des **langfristigen Heilmittelbedarfs** (bisher Anlage 2) als Anlage zur Heilmittel-Richtlinie gelistet. Für die dort genannten Diagnosen ist generell kein Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren mehr durchzuführen. Damit ist ab 2017 klar geregelt, dass Patienten sich einen langfristigen Heilmittelbedarf nicht mehr von ihrer Krankenkassen genehmigen lassen müssen, wenn ihre Erkrankung in der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt ist.

Für nicht in der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistete Diagnosen können die Patienten weiterhin individuelle Anträge bei ihren Krankenkassen stellen. Für die Genehmigung bleibt jedoch entscheidend, dass die Schädigung in Bezug auf die Schwere und Dauerhaftigkeit der funktionellen/strukturellen Einschränkung vergleichbar sein muss mit denen der Diagnoseliste der Anlage 2.

Ausführliche Informationen sowie die gesetzlichen Grundlagen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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

Krankenhaus- Entlassmanagement

Wird Ihr Patient aus dem Krankenhaus entlassen, darf ihm der behandelnde Krankenhausarzt zukünftig im Rahmen des Entlassmanagements Verordnungen (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, AU-Bescheinigung) ausstellen. Das sieht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vor, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist. Einzelheiten sind zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einem Rahmenvertrag unter Berücksichtigung der Richtlinien zu regeln. Nachdem die Vertragspartner im Sommer das Scheitern der Verhandlungen erklärt hatten, legte nun das erweiterte Bundesschiedsamt endgültig die Details fest.

Einzelheiten beziehungsweise Voraussetzungen hierzu finden Sie in Kürze unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*.

Die Vereinbarung soll zum 1. Juli 2017 in Kraft treten.

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

Kontinuierliche inter- stitielle Glukosemessung

Die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) ist für Diabetiker, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, seit 7. September 2016 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Das Gerät FreeStyle Libre ist nicht zulasten der GKV verordnungsfähig! Es misst zwar kontinuierlich den Glukosewert, jedoch sendet es die Werte nicht automatisch in Echtzeit an ein Empfangsgerät. Ferner hat es keine Alarmfunktion. Es erfüllt somit nicht die nötigen Kriterien für eine kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit rtCGM gemäß des G-BA-Beschlusses.

Einzelne Krankenkassen übernehmen die Kosten für Geräte zum Flash-Glukose-Monitoring (FreeStyle Libre) jedoch als Satzungsleistung. Für Satzungsleistungen sind nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Privatrezepte zu verwenden.

Eine ausführliche Information finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* („Verordnung Aktuell“ vom 2. November 2016).

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

Presomen® 28/0,3 mg wird nicht mehr vertrieben, daher war das Präparat von der Übersicht zu streichen. Die überarbeitete Liste finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* („Verordnung Aktuell“ vom 19. Oktober 2016).

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

Ende des KV-SafeNet*-Förderprogramms

Der Countdown des KV-SafeNet*-Förderprogramms läuft. Nur noch bis Ende des Jahres 2016 haben Sie Gelegenheit, daran teilzunehmen! Wenn Sie sich noch für einen KV-SafeNet*-Anschluss entscheiden möchten, sollten Sie also schnell sein. Nur so können Sie sich im Rahmen unseres speziellen Förderprogramms noch bis zu 1.000 Euro sichern. Auf diese Weise möchten wir Sie bei der Anschaffung und Nutzung eines KV-SafeNet*-Anschlusses unterstützen.

Hier die wichtigsten Fakten:

- 1.000 Euro gibt es für jeden Neuanschluss.
- 1.000 Euro erhalten auch Praxen, die bereits über einen KV-SafeNet*-Anschluss verfügen und entweder auf einen höherwertigen KV-SafeNet*-Router umrüsten oder gezwungenermaßen den KV-SafeNet*-Anbieter wechseln müssen.
- 600 Euro erhalten Praxen, die ihren bisherigen KV-SafeNet*-Anschluss weiterhin unverändert nutzen möchten.

Falls Sie eine KV-SafeNet*-Förderung beantragen möchten, senden Sie uns Ihren Antrag bitte ausschließlich online zu. Wichtig ist, dass der Antrag bis spätestens 31. Dezember 2016 bei uns eingeht. Nach der Antragstellung bleiben Ihnen dann noch drei Monate Zeit, um die Fördervoraussetzungen zu erfüllen.

Das Antragsformular sowie weiterführende Informationen und alle Fakten zum Förderprogramm, den technischen Voraussetzungen und möglichen KV-SafeNet*-Providern finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet/Förderung*.

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

KBV-Fortbildungsportal weiterhin nicht erreichbar

In den KVB INFOS, Ausgabe 9-2016, haben wir bereits über das bundesweite Online-Fortbildungsportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) informiert, das interessierten Vertragsärzten unabhängige, zertifizierte Online-Schulungen zu verschiedenen Arzneimitteln, zu MRSA sowie zur Rehabilitations-Richtlinie anbietet.

Wie in dem entsprechenden Beitrag bereits bekanntgegeben, ist das KBV-Fortbildungsportal für Mitglieder der KV Bayerns momentan aus technischen Gründen nicht erreichbar. Hiervon ist auch der neue digitale Fragebogen der KBV zu Patientenbefragungen im Qualitätsmanagement – kurz „eZAP“ genannt – betroffen.

An unserer Umsetzungsplanung hat sich nichts verändert, sodass Sie ab Januar 2017 Zugriff auf die Fortbildungen im KBV-Fortbildungsportal sowie auf eZAP haben werden. Hierfür können Sie dann Ihre bereits bekannte KVB-Benutzerkennung verwenden.

Sollten sich an unserer Planung unvorhersehbare Änderungen ergeben, werden wir Sie selbstverständlich rechtzeitig informieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 E-Mail Online-Dienste@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 Seminarkonzept ist kompakt, lernziel- und praxisorientiert. Im Rahmen eines praktischen Gruppentrainings gewinnen Sie Sicherheit in der Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation inklusive alternativer Atemwegssicherung und Defibrillation. Alle Fallbeispiele sind an die Zielgruppe adaptiert und orientieren sich an Ihren individuellen Erfordernissen. Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V. (agbn) (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 alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten.

Modul I

- kardiozirkulatorische Akut- und Notfälle, Kasuistik
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- aktuelle Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council ERC 2015

- Notfallalgorithmen, Checklisten
- alternatives Atemwegsmanagement
- umfassendes, praxisorientiertes Hands-on-Reanimationstraining im Gesamtablauf an modernen Simulatoren, Kleingruppentraining

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

Termine Modul I:

- 11. Februar 2017
KVB München
- 1. April 2017
KVB Regensburg
- 6. Mai 2017
KVB Würzburg
- 24. Juni 2017
KVB München
- 23. September 2017
KVB Nürnberg
- 25. November 2017
KVB Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- 22. Februar 2017
KVB München
- 5. April 2017
KVB Bayreuth
- 10. Mai 2017
KVB Regensburg

- 31. Mai 2017
KVB Würzburg
- 20. September 2017
KVB Augsburg
- 18. Oktober 2017
KVB Nürnberg

Modul III

- interessante, typische Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau, rechtliche Grundlagen, praktisches Vorgehen, Kasuistiken
- Abrechnung im Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 8. März 2017
KVB München
- 28. Juni 2017
KVB Regensburg
- 12. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 4. Oktober 2017
KVB Augsburg
- 25. Oktober 2017
KVB Würzburg

Modul IV

- Symptom Bauchschmerz und akutes Abdomen – welche Fragen stellen, wo lauern die Fallstricke?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle

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

Termine Modul IV:

- 26. April 2017
KVB München

- 26. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 29. November 2017
KVB Augsburg

Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management in der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispielen aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85,- Euro

Termine Modul V:

- 25. Januar 2017
KVB Augsburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Februar 2017
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 11. März 2017
KVB Nürnberg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 13. Mai 2017
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 24. Mai 2017
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 24. Juni 2017
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 8. November 2017
KVB Bayreuth
16.00 bis 21.00 Uhr
- 2. Dezember 2017
KVB Nürnberg
9.30 bis 14.30 Uhr

Modul VI

Geriatric

- pharmakologische Fallstricke
- Delir, Demenz und andere Verwirrungen
- spezielle Krankheitsbilder

Gastroenterologie

- Obstipation und Diarrhoe
- akutes und weniger akutes Abdomen
- Befindlichkeitsstörungen und bedrohliche Symptome

Palliativmedizin

- Symptomkontrolle, Kasuistiken
- Umgang mit Patienten und Angehörigen

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.30 bis 20.15 Uhr

Termine Modul VI:

- 1. Februar 2017
KVB München
- 22. März 2017
KVB Würzburg
- 21. Juni 2017
KVB Augsburg
- 5. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 22. November 2017
KVB München
- 13. Dezember 2017
KVB Regensburg

Notfalltraining für das Praxisteam

Notfälle ereignen sich in der Arztpraxis meist unerwartet. Es gilt, häufig unter Zeitdruck, die richtigen Maßnahmen zu treffen. Nur wer über notfallmedizinisches Wissen verfügt und dieses auch praktisch umsetzen kann, wird kritische Situationen im Team meistern.

Zielgerichtet und fachgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Wir bereiten Sie und Ihr Praxisteam prägnant und praxisnah auf das Management medizinischer Notfälle vor. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien gemäß aktueller Leitlinien (ERC 2015). Alle Fallbeispiele sind an die jeweiligen Zielgruppen adaptiert und orientieren sich an Ihren individuellen Erfordernissen.

Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V. (agbn) durch. Die Inhalte der Veranstaltung entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Teilnehmen können Vertragsärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam). Das Seminar wird von routinierten notärztlichen Referenten, Tutoren und Spezialisten durchgeführt.

Themenschwerpunkte

- Management eines Notfalls in der Praxis: Kommunikation, Koordination, Delegation
- Erkennen von Notfallsituationen, Erstmaßnahmen

- kardiopulmonale Reanimation bei Erwachsenen (BLS) mit AED-Einsatz in der Praxis
- Airway-Management mit supraglottischen Hilfsmitteln
- Hands-on-Reanimationstraining im Gesamtablauf an modernen Simulatoren, Kleingruppentraining (möglichst in Ihrem Praxisteam)
- Fallbesprechungen
- falls gewünscht: Check Ihrer Notfallausrüstung (bitte mitbringen)

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 12.45 Uhr

Termine

- 4. Februar 2017
KVB München
- 18. März 2017
KVB Augsburg
- 29. April 2017
KVB Nürnberg
- 20. Mai 2017
KVB München
- 22. Juli 2017
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017
KVB Würzburg
- 11. November 2017
KVB München
- sowie am 20. Mai 2017
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

Refresher Notfalltraining für das Praxisteam

Keine Theorie – nur Praxis. Mittels modernster Simulationstechniken können Sie und Ihr Team notfallmedizinische Kompetenz auffrischen und trainieren. Wir bereiten Sie dabei auf das Management medizinischer Notfälle in einer Arztpraxis vor und geben Ihnen für die wichtigsten Situationen in prägnanter Form konkrete und praxisnahe Handlungsempfehlungen mit auf den Weg. Für alle Teilnehmer, die höheren notfallmedizinischen Anforderungen genügen wollen, werden auch differenzierte, weiterführende Maßnahmen besprochen (inklusive Reanimationstraining BLS, ALS) und trainiert. Entsprechende Vorkenntnisse beziehungsweise eine vorausgegangene Teilnahme am Notfalltraining für das Praxisteam werden vorausgesetzt.

Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V. (agbn) durch. Die Inhalte der Veranstaltung entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Teilnehmen können Vertragsärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam), die bereits (an einem Notfalltraining teilgenommen haben. Das Seminar wird von routinierten notärztlichen Referenten, Tutoren und Spezialisten durchgeführt.

Themenschwerpunkte

- Algorithmen BLS / ALS mit AED-Unterstützung nach ERC 2015, praxisorientiertes Hands-on-Training (Reanimationstraining, Kleingruppentraining)
- erweiterte Maßnahmen ALS (ERC 2015)

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

- zielgruppenorientierte Behandlung häufiger Notfälle im Praxisalltag (Simulationstraining, gegebenenfalls nach Vorgabe durch die Gruppe)
- Evaluation
- falls gewünscht: Check Ihrer Notfallausrüstung (bitte mitbringen)

Fortbildungspunkte: 5
Teilnahmegebühr: 70,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 16.45 Uhr

Termine

- 4. Februar 2017
KVB München
- 18. März 2017
KVB Augsburg
- 29. April 2017
KVB Nürnberg
- 22. Juli 2017
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017
KVB Würzburg
- 11. November 2017
KVB München

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 allein 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.

Die Kurse werden jeweils durch einen Allgemeinmediziner mit entsprechender Dienst Erfahrung und einen Polizeibeamten geleitet.

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
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 25. Januar 2017
KVB Augsburg
- 22. Februar 2017
KVB München

- 5. April 2017
KVB Bayreuth
- 26. April 2017
KVB München
- 31. Mai 2017
KVB Würzburg
- 28. Juni 2017
KVB Regensburg
- 18. Oktober 2017
KVB Nürnberg
- sowie am 11. März 2017
9.30 bis 13.00 Uhr
KVB Nürnberg

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich 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 auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2017

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr finden Sie voraussichtlich ab Mitte November unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*. Die Seminarbroschüren für 2017 erhalten die Praxen Anfang Dezember.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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.

Seminare

Abrechnungsworkshop - Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop - Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop - Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrische Praxen

Abrechnungsworkshop - Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Erste Basics für MFA - Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA - Chirurgische Praxen

Erste Basics für MFA - Hautärztliche Praxen

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

QEP® - Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Februar 2017 15. Februar 2017 22. Februar 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Bayreuth Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Februar 2017 14. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Februar 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Januar 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Januar 2017 8. Februar 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Februar 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Dezember 2016 7. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	16. Dezember 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Februar 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. März 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. März 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Februar 2017 8. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Januar 2017 21. Februar 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxisinhaber	110,- Eur	11. März 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	14. Dezember 2016 10. Februar 2017	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	10. März 2017 bis 11. März 2017	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

