

# KVBIINFOS

08 | 17  
09 | 17

## ABRECHNUNG

- 126 Die nächsten Zahlungstermine
- 126 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017
- 128 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2017
- 132 Strukturreform Psychotherapie: rückwirkende EBM-Änderungen
- 133 Nebeneinanderberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT
- 134 ASV: Vergütung von Tuberkulose-Laborleistungen

## VERORDNUNG

- 135 Keine Mischverordnungen ausstellen!
- 135 Häusliche Krankenpflege: Muster 12
- 136 FAQ zur Krankenförderung
- 136 Ergänzungen im Sprechstundenbedarf
- 136 Blutzuckerteststreifen für rtCGM
- 137 Ausfüllhilfen für Arznei- und Heilmittel
- 137 Geburtsvorbereitungskurse
- 137 Cannabis-Begleiterhebung

## ALLGEMEINES

- 138 Förderung fachärztliche Weiterbildung: Ausschreibung startet

## SEMINARE

- 139 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 139 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 140 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

### 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

### 11. Dezember 2017

Abschlagszahlung November 2017

\* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2017 bis spätestens **Dienstag, den 10. Oktober 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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungs-**

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

Die Gesamtversion finden Sie unter [www.kvb.de](http://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.

### Achtung: Änderung/neue Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern:

Ab dem Abrechnungsquartal 2/2017 ist bei den bayerischen Asyl-Kostenträgern (Kassennummer 63xxx bis 70xxx) das Einreichen der Behandlungsscheine nicht mehr erforderlich. Diese sind zwei Jahre in der Praxis aufzubewahren. Behandlungsscheine von außerbayerischen Asyl-Kostenträgern sind weiterhin einzureichen.

Mehr Informationen zur Behandlung von Asylbewerbern finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger/Behandlung von Asylbewerbern*.

### Sammelerklärung

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen 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 beigelegt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiter-

hin unter [www.kvb.de](http://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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

### Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Quartalsabrechnung“  
93031 Regensburg

### Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Yorckstraße 15  
93049 Regensburg

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht für Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse [Terminverlaengerung@kvb.de](mailto:Terminverlaengerung@kvb.de) 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 Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80.

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](mailto: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](http://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](mailto:emDoc@kvb.de)

## EBM-Änderungen zum 1. Juli 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 397. Sitzung Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2017 beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in einem gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

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

### Kinder-Richtlinie: Neue Leistungen Pulsoxymetrie-Screening/Bewertungsänderungen

Zum 24. November 2016 wurde das Screening auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie bei Neugeborenen in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinie) aufgenommen (Abschnitt C, V). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 397. Sitzung vom 21. Juni 2017 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab an die Kinder-Richtlinie angepasst und mit Wirkung zum 1. Juli 2017 zwei neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 1.7.1 aufgenommen:

**Neu: GOP 01702 – Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
EBM-Bewertung 28 Punkte  
Preis B€GO 2,95 Euro

Die Gebührenordnungsposition ist für die eingehende Aufklärung der Eltern zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie berechnungsfähig, wenn auf die eingehende Aufklärung **keine** funktionelle Pulsoxymetrie folgt.

**Neu: GOP 01703 – Pulsoxymetrie-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
EBM-Bewertung 157 Punkte  
Preis B€GO 16,53 Euro

- Die Aufklärung der Eltern und die Wiederholung der Pulsoxymetrie innerhalb von zwei Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung zählen zu den fakultativen Leistungsinhalten.
- Die GOP enthält die Kosten für die mehrfach verwendbaren Sensoren.

**Bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 ist Folgendes zu beachten:**

- berechnungsfähig von Hausärzten, Kinderärzten und Frauenärzten
- bis zur U2 berechnungsfähig, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert wurde
- 01702 und 01703 nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig, aber bei Mehrlingen ist der Ansatz je einer dieser Gebührenordnungspositionen möglich

**Anhebung der Bewertung der U3 bis U9, J1 und Gesundheitsuntersuchung**  
Aufgrund der angepassten Untersuchungs- und Beratungsinhalte im Zusammenhang mit der im Jahr 2016 geänderten Kinder-Richtlinie wurde

die Bewertung der Gebührenordnungspositionen 01713 bis 01720 und 01723 (U3 bis U9, J1) und der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung) nochmals um jeweils einen Punkt angehoben. Jede U-Untersuchung wird künftig mit 402 Punkten (42,33 Euro), die Jugendgesundheitsuntersuchung mit 356 Punkten (37,49 Euro) und die Gesundheitsuntersuchung mit 303 Punkten (31,91 Euro) vergütet.

### NäPA in Facharztpraxen: Einsatz für Hausbesuche ab 1. Juli 2017 berechnungsfähig

Bislang wurde der Einsatz von fachärztlichen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA) nur für Besuche in Heimen und/oder anderen beschützenden Einrichtungen gesondert vergütet. Künftig können Fachärzte auch für das Aufsuchen eines Patienten beziehungsweise eines weiteren Patienten in der Häuslichkeit durch ihre qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten Zuschläge zu den Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 berechnen.

Der Bewertungsausschuss hat noch kurzfristig in seiner Sitzung am 21. Juni 2017 die Aufnahme der neuen Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 mit Wirkung zum 1. Juli 2017 beschlossen.

**Neu: GOP 38202 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 38100** für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten

Obligatorer Leistungsinhalt  
■ persönlicher, nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt

- Aufsuchen eines Patienten gemäß Paragraf 3 Absatz 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit
- Dokumentation gemäß Nummer 3 der Präambel 38.1

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß Paragraf 5 Absatz 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä
- in Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen je Sitzung

EBM-Bewertung            90 Punkte  
 Preis B€GO                9,48 Euro

**Neu: GOP 38207 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 38105** für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten **in der Häuslichkeit**

Obligater Leistungsinhalt

- persönlicher, nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt
- Aufsuchen eines weiteren Patienten gemäß Paragraf 3 Absatz 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit/in derselben sozialen Gemeinschaft
- Dokumentation gemäß Nummer 3 der Präambel 38.1

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß Paragraf 5 Absatz 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä
- in Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen je Sitzung

EBM-Bewertung            83 Punkte  
 Preis B€GO                8,74 Euro

**Die Gebührenordnungspositionen sind berechnungsfähig von**

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzten für Augenheilkunde
- Fachärzten für Chirurgie
- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunktbezeichnung (Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung)
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzten für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Urologie
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- in derselben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 für Besuche in Alten- oder Pflegeheimen und anderen beschützenden Einrichtungen berechnungsfähig
- nur in Fällen berechnungsfähig, in denen eine Versicherten- oder Grundpauschale abgerechnet wurde
- **Genehmigung der KVB erforderlich**, die erteilt wird, wenn
  - der Antragsteller **gegenüber der KVB bestätigt** hat, dass die nichtärztliche Praxisassistenz in einem Umfang von **mindestens 20 Wochenstunden** angestellt ist und

- über einen **qualifizierten Berufsabschluss** gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arztshelfer oder gemäß dem Krankenpflegegesetz verfügt **und**
- eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss **mindestens dreijährige Berufserfahrung** in einer haus- oder fachärztlichen Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 Präambel 38.1 EBM besitzt **und**
- über eine abgeschlossene **Zusatzqualifikation gemäß Paragraf 7 Anlage 8 BMV-Ä** verfügt (Einzelheiten hierzu finden Sie im Antragformular) **und**
- **20 Hausbesuche** zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nummer 2 der Präambel 38.1 EBM begleitet hat.

**Das Antragsformular ist unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit N/nichtärztliche Praxisassistenz/Fachärzte/Genehmigungsantrag* eingestellt.**

Fachärzte, die bereits eine Genehmigung für eine nichtärztliche Praxisassistenz gemäß Kapitel 38.3 EBM besitzen, brauchen keinen neuen Antrag zu stellen. Die bestehende Genehmigung wird automatisch um die Abrechnungsmöglichkeit der Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 ergänzt.

### Übersicht über die von Fachärzten berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für den Einsatz von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

Besuch in der Häuslichkeit	GOP 38100 und 38202	76 Punkte + 90 Punkte = 166 Punkte (8,00 € + 9,48 € = 17,48 €)
Mitbesuch in der Häuslichkeit	GOP 38105* und 38207	39 Punkte + 83 Punkte = 122 Punkte (4,11 € + 8,74 € = 12,85 €)
Besuch in Alten- und Pflegeheimen oder beschützenden Einrichtungen	GOP 38100 und 38200	76 Punkte + 90 Punkte = 166 Punkte (8,00 € + 9,48 € = 17,48 €)
Mitbesuch in Alten- und Pflegeheimen oder beschützenden Einrichtungen	GOP 38105* und 38205	39 Punkte + 83 Punkte = 122 Punkte (4,11 € + 8,74 € = 12,85 €)

\* GOP 38105 sowohl in Häuslichkeit als auch in Alten-/Pflegeheimen oder beschützenden Einheiten

#### Änderung der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 397. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2017 die Regelungen zur Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen in Nummer 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab weiter präzisiert.

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind entsprechend dem organbezogenen Befund (zum Beispiel bei Vorliegen von Testes, Ovarien, **Prostata**) zukünftig auch bei Personen berechnungsfähig, deren Geschlechtszugehörigkeit personenstandsrechtlich zwar als „männlich“ oder „weiblich“ eindeutig festgelegt ist, **bei denen jedoch aufgrund Intersexualität oder Transsexualität nach Geschlechtsangleichung primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen.**

Ist bei den genannten Personen **nicht** die Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingetragen (Wert „X“ im Wertebereich des Elements <Geschlecht> auf der eGK wird vom Praxissoft-

wareverwaltungssystem seit 2016 erkannt und verarbeitet), tragen Sie bitte zusätzlich zu der entsprechenden Leistung die **Kennzeichnungsnummer 88150 in Ihre Abrechnung** ein und geben als Begründung den **ICD-10-Code für Intersexualität oder Transsexualität an (Feldkennung 6001 beziehungsweise 3673).**

#### GOP 25321 – Aufnahme einer neuen Diagnose

Ab 1. Juli 2017 kann die Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger nach der Gebührenordnungsposition 25321 auch bei Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Glomus aorticum und sonstigen Paraganglien durchgeführt und abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss vom 21. Juni 2017 in seiner 397. Sitzung die zweite Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 25321 geändert und um den entsprechenden ICD-10-Code D44.7 erweitert.

#### GOP 03062 – ab 1. Juli 2017 im Einzelfall neben GOP 01415 berechnungsfähig

Mit Beschluss vom 21. Juni 2017 hat der Bewertungsausschuss in seiner 397. Sitzung eine Änderung

der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03062 beschlossen. Ab 1. Juli 2017 können Sie in begründetem Einzelfall (Feldkennung 5009) nun auch den dringenden Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen nach der Gebührenordnungsposition 01415 neben dem Hausbesuch durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten nach der Gebührenordnungsposition 03062 abrechnen. Bisher galt diese Ausnahmeregelung nur für den Mitbesuch durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten nach der Gebührenordnungsposition 03063.

#### Weitere Änderungen

##### Qualitätssicherungsvereinbarung zur GOP 04417/GOP 13554: Übergangsregelung verlängert

Da die Beratungen zur Einführung der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V noch andauern, hat der Bewertungsausschuss erneut eine Verlängerung der ver-

einbarten Übergangsregelung beschlossen. Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554 ist daher weiterhin **bis zum 31. Dezember 2017** bei Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der „Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V“ möglich.

#### MRSA-Risikopatient – Definition zum 1. Juli 2017 angepasst

Mit Beschluss vom 21. Juni 2017 hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Juli 2017 die Definition eines MRSA-Risikopatienten in der Präambel 30.12 Nr. 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in Anlehnung an die aktuellen „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut angepasst.

#### Neue Begriffsdefinition

Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

- Patient mit **bekannter MRSA-Anamnese** und/oder
- Patienten mit **chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades)** und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
  - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten,
  - liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle),  
und/oder

- Patient mit **Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeeinfektion** und/oder
- Patient mit **Dialysepflichtigkeit**

#### Erinnerung: Guajak-basierter Nachweis von occultem Blut im Stuhl ab 1. Oktober 2017 nicht mehr berechnungsfähig

Bitte denken Sie daran, dass die Übergangsfrist für die Berechnung des Guajak-basierte Tests (gFOBT) nach der Gebührenordnungsposition 32040 sowie für die Berechnung der Kostenpauschale 40150 für ausgegebene, aber nicht zurück-erhaltene Testbriefe zum 30. September 2017 endet und die Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen werden (siehe KVB INFOS, Ausgabe 5/2017, Seite 72). Die Anmerkung der Gebührenordnungsposition 40152 wurde im Zuge der Streichung entsprechend angepasst.

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Strukturreform Psychotherapie: rückwirkende EBM-Änderungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 397. Sitzung rückwirkende Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. April 2017 beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in einem gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-desbewertungsausschusses.de](http://www.institut-desbewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Höherbewertung der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung

Die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung werden rückwirkend zum 1. April 2017 genauso hoch bewertet wie die Gebührenordnungspositionen der Richtlinien-Psychotherapie. Auch der Ausschluss der Pauschale für die psychotherapeutische Grundversorgung zur psychotherapeutischen Sprechstunde wurde mit Rückwirkung aufgehoben.

Die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 wurden von bisher 406 Punkte auf 421 Punkte je vollendete 25 Minuten (44,33 Euro) angehoben. Für eine Sitzung mit einer Dauer von 50 Minuten werden damit aktuell 88,66 Euro gezahlt, was der Vergütung einer Therapiestunde im Rahmen der Richtlinien-Therapie entspricht.

Auch der neue Strukturzuschlag zur Sprechstunde und Akutbehandlung nach Gebührenordnungsposition 35254 (ab 1. Juli 2017: GOP 35573) wurde neu bewertet. Er steigt von 69 auf 72 Punkte (7,58 Euro).

### Sprechstunde als Leistung der fachärztlichen Grundversorgung

Zusätzlich konnte im Bewertungsausschuss erreicht werden, dass die psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und der entsprechende Strukturzuschlag (GOP 35254 beziehungsweise 35573) der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden. Das bedeutet, dass die fachgruppenspezifische Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) und der Zuschlag auf die PFG auch in Behandlungsfällen gewährt werden, in denen die psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet wird. Der Strukturzuschlag und die PFG einschließlich des PFG-Zuschlags werden von der KVB automatisch zugesetzt.

Die Akutbehandlung (GOP 35152) hingegen wird weiterhin der spezialisierten Versorgung zugeordnet, da sie gegebenenfalls auf das Kontingent einer sich anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet wird. Ihre Abrechnung führt daher wie bisher zum Ausschluss der PFG.

### Höherbewertung der PFG in den Kapiteln 22 und 23

Ebenfalls wurden die Bewertungen der Pauschalen für die psychosomatische und psychotherapeutische Grundversorgung nach den Gebührenordnungspositionen 22216 und 23216 von 164 auf 170 Punkte und die Bewertungen der PFG-Zuschläge nach den Gebührenordnungsposi-

tionen 22218 und 23218 von 44 auf 46 Punkte angehoben.

Hintergrund der Änderung ist, dass mit der Einführung der Akutbehandlungen eine geringere Abrechnung von Gesprächen nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 erwartet wird. Da für die Akutbehandlung keine PFG gewährt wird (siehe oben), führt dies zu einer Verringerung der Anzahl der abgerechneten PFG. Die höhere Bewertung soll gewährleisten, dass das für die fachärztliche Grundversorgung vereinbarte Finanzvolumen stabil bleibt. Die Zuschläge werden von der KVB automatisch zugesetzt.

### Kein Abrechnungsausschluss zwischen Hypnose und Verhaltenstherapie

Der Abrechnungsausschluss der Hypnose nach Gebührenordnungsposition 35120 in derselben Sitzung neben Leistungen der Verhaltenstherapie nach den Gebührenordnungspositionen 35220 bis 35225 (ab 1. Juli 2017: GOPen 35421, 35422, 35425, 35543 bis 35549 und 35553 bis 35559) wurde gestrichen.

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

## Nebeneinanderberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT

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

sition 34340 EBM gesondert berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere  
Expertin Elif Ak unter  
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 56  
E-Mail [Elif.Ak@kvb.de](mailto:Elif.Ak@kvb.de)

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

### Beispiele

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

## ASV: Vergütung von Tuberkulose-Laborleistungen

Die vorstehenden Regelungen treten mit Wirkung zum 1. Juli 2017 vorbehaltlich einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Frist zwei Monate ab Beschlussdatum) in Kraft.

### Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 50110 und 50111

Die Bewertungssystematik für die im Abschnitt 50.1 des EBM bestehenden Laborleistungen mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 50110 und 50111 wird geändert. Dabei werden die Punktwerte gestrichen und die Bewertung analog zu allen Laborleistungen im EBM in Euro wie folgt festgelegt:

#### GOP 50110:

- Bewertung bis 30. Juni 2017 in Punkten: 779 Punkte
- Bewertung ab 1. Juli 2017 in Euro: 82,03 Euro

#### GOP 50111:

- Bewertung bis 30. Juni 2017 in Punkten: 944 Punkte
- Bewertung ab 1. Juli 2017 in Euro: 99,40 Euro

### Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 50112 in den Abschnitt 50.1 EBM

Der Beschluss betrifft die „Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex (außer BCG) bei

- positivem Tuberkulin-Hauttest zum Ausschluss einer Kreuzreaktion mit BCG,
- negativem Tuberkulin-Hauttest und Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bei Anergie“

aus dem Abschnitt 2 des Appendix zur ASV-Indikation Tuberkulose.

Diese Leistung wird zum 1. Juli 2017 als GOP 50112 in den Abschnitt 50.1 des EBM überführt und mit dem Eurobetrag **58,- Euro** ausgewiesen. Damit löst sie die bisherige Pseudoziffer 88510 ab.

### Wichtiger Hinweis:

Die GOP 50112 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die GOP 50112 ist im Krankheitsfall nicht neben der GOP 32670 berechnungsfähig.

### Aufnahme einer weiteren Zeile in den Anhang 6 zum EBM

Anhang 6 legt fest, dass Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (Kernteam) sowie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin (hinzuzuziehende Fachärzte) die Leistung GOP 50112 abrechnen dürfen.

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Keine Mischverordnungen ausstellen!

Keine Arznei-/Hilfsmittel beziehungsweise Impfungen gemeinsam auf einem Kassenrezept!

Das Muster 16 sowie das Muster 16a (Sprechstundenbedarfsrezept) sind multifunktionell. Beide dienen zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln (außer Seh- und Hörhilfen) und von Impfstoffen.

Bitte verwenden Sie getrennte Muster 16 bei Verordnung von

- Arznei- und Verbandmittel (ohne Kennzeichnung)
- Hilfsmitteln (in das Feld „7“ die Ziffer „7“ eintragen)
- Impfstoffen (in das Feld „8“ die Ziffer „8“ eintragen)

Für das Sprechstundenbedarfsrezept gilt die Trennung in

- Arznei- und Verband- und Hilfsmittel (ohne Kennzeichnung)
- Impfstoffe (in das Feld „8“ die Ziffer „8“ eintragen)

Nur durch die Verwendung separater Verordnungsblätter können Sie verhindern, dass Hilfsmittelverordnungen und Impfstoffe Ihrem Arzneimittelvolumen zugeordnet werden.

Typische Beispiele für Mischverordnungen sind: Infusionslösung und Infusionsbestecke, Insulin und Insulinspritzen, Blutzuckerteststreifen und Lanzetten.

Stellen Sie niemals Mischverordnungen aus. So vermeiden Sie, dass Patienten von Apotheken in Ihre Praxis zurückgeschickt werden, um ein neues Rezept zu holen. Bitte weisen Sie auch Ihre Praxismitarbeiter auf die korrekte Kennzeichnung hin.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Häusliche Krankenpflege: Muster 12

Ab dem 1. Oktober 2017 gibt es ein neues Muster 12, auf dem Sie Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sowie die neu eingeführte Unterstützungspflege verordnen können. Da die bisherigen Vordrucke nach dem Stichtag nicht mehr verwendet werden dürfen, bestellen Sie bitte rechtzeitig neue Vordrucke. Das neue Muster 12 ist dann auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt beziehungsweise kann per Blankoformularbedruckung erzeugt werden.

Die FAQs haben wir für Sie bereits angepasst. Eine aktualisierte Ausfüllhilfe mit dem neuen Muster 12 wird Ihnen bis zum 1. Oktober 2017 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Sonstige Verordnungen* zur Verfügung gestellt.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## FAQ zur Krankenbeförderung

Unsere FAQ zur Krankenbeförderung wurden um eine weitere Frage/ Antwort ergänzt.

Können Krankenfahrten auch bei ambulanten Operationen (nicht Paragraph 115b SGB V) in der Praxis grundsätzlich verordnet werden?

*Die Fahrt zur ambulanten Operation in der Praxis ist zulasten der GKV nur verordnungsfähig, wenn die Ausnahmebestände (ambulante Dialyse, onkologische Strahlentherapie, parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie, Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3, 4 oder 5) erfüllt 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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Ergänzungen im Sprechstundenbedarf

In einem halbjährlichen Turnus wird die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung präzisiert, ergänzt oder geändert. Alle Ergänzungen/Änderungen haben wir Ihnen in einem „Verordnung Aktuell“ zusammengestellt. Auch unsere Broschüre wurde entsprechend angepasst. Sie finden die Dokumente unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf*.

### Asylbewerber

Eine weitere Vereinfachung konnten wir erreichen: Der für Asylbewerber gegebenenfalls benötigte allgemeine Sprechstundenbedarf sowie Impfstoffe können für die meisten bayerischen Städte beziehungsweise Landkreise aus dem zulasten der Gesetzliche Krankenversicherung bezogenen Sprechstundenbedarf entnommen werden.

Sofern Ihre Stadt beziehungsweise Ihr Landkreis der Vereinbarung nicht beigetreten sind, haben wir Ihnen die entsprechenden Informationen in unserem Serviceschreiben *„Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für Asylbewerber im Landkreis ... / in der Stadt ...“* zukommen lassen.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Blutzuckerteststreifen für rtCGM

Der Orientierungsrahmen wurde hinsichtlich der Verordnung von Teststreifen für Real-Time-Messgeräte (rtCGM) noch einmal konkreter formuliert.

Für rtCGM sind Teststreifen zur **Kalibrierung und Validierung der Messwerte** (Therapieanpassung) zwingend notwendig. Je nach Mengempfehlung des Herstellers sind die Teststreifen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig.

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 und es hat 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®) aber als Satzungsleistung. In diesen Fällen sind zirka 50 Teststreifen zulasten der GKV (Muster 16 Rezept) pro Quartal 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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Ausfüllhilfen für Arznei- und Heilmittel

Wir haben unsere Ausfüllhilfen für Arzneimittel, Ergotherapie, Physikalische Therapie, Podologie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie überarbeitet.

Unsere Ausfüllhilfen sollen Sie in der korrekten Ausstellung einer Verordnung unterstützen. Eine vollständige und korrekte Ausstellung verhindert unnötige Rückfragen der Leistungserbringer oder Krankenkassen.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Geburtsvorbereitungskurse

Geburtsvorbereitungskurse (GVK) werden in der Regel von Hebammen angeboten und durchgeführt. Diese können direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Eine Verordnung ist nicht notwendig.

Auch Physiotherapeuten können diese Kurse anbieten und werden wegen des Hebammenmangels zunehmend in Anspruch genommen. Damit der Physiotherapeut den GVK jedoch abrechnen kann, benötigt die Patientin ein Kassenrezept. Es können maximal 14 Einheiten (eine Einheit = 60 Minuten) verordnet werden.

Die Verordnung auf dem Muster 16 lautet dann zum Beispiel „Unterweisung zur Geburtsvorbereitung, 14 Einheiten“.

Die Kosten werden in beiden Fällen, ohne vorherige Genehmigung, von den Krankenkassen übernommen.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Cannabis-Begleiterhebung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt zu den Cannabis-Verordnungen eine nicht-interventionelle Begleiterhebung (über 60 Monate) durch. Der Vertragsarzt, der entsprechende Verordnungen tätigt, ist (nach Paragraph 31 Absatz 6 SGB V) verpflichtet, die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten an das BfArM zu übermitteln. Hierzu regelte das Bundesgesundheitsministerium durch eine Rechtsverordnung den Umfang der zu übermittelnden Daten, das Verfahren zur Durchführung der Begleiterhebung einschließlich der anonymisierten Datenübermittlung sowie das Format des Studienberichts.

In unserem „Verordnung Aktuell“ Erhebung der Daten zur Wirksamkeit von Cannabis (Begleiterhebung) vom 27. Juni 2017 finden Sie Details zur Begleiterhebung.

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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Förderung fachärztliche Weiterbildung:

### Ausschreibung startet

Das aktuelle Ausschreibungsverfahren zur neuen Fördermöglichkeit der fachärztlichen Weiterbildung nach Paragraf 75a SGB V findet vom **23. Juni bis 25. August 2017** statt.

Die arztgruppenbasierte Förderung nach Paragraf 75a SGB V umfasst jährlich bayernweit rund 156 (Vollzeit-)Stellen. Da die verfügbaren Stellen begrenzt sind, erfolgt die Vergabe über ein Ausschreibungsverfahren. Für folgende Fachgruppen sind derzeit freie Stellen verfügbar: Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für Allgemeinchirurgie und Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Neurologie sowie für Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Für Augenärzte und für Kinderärzte sind derzeit keine freien Stellen verfügbar.

Der monatliche Gehaltszuschuss beträgt in Vollzeit 4.800 Euro. Natürlich können auch Teilzeittätigkeiten gefördert werden. Die Förderung wird hälftig von den bayerischen Krankenkassen und der KVB finanziert.

Wenn Sie an einer Förderung interessiert sind, reichen Sie bitte den vollständig ausgefüllten Antrag innerhalb der Frist für das aktuelle Auswahlverfahren bis spätestens 25. August 2017 ein. Maßgeblich ist das Datum des Posteingangs bei der KVB. Alle Anträge, die nach dem 25. August 2017 bei uns eingehen, können für das Auswahlverfahren nicht berücksichtigt werden.

Ausführliche Informationen sowie den Antrag haben wir für Sie zusammengestellt unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Nachwuchs/Weiterbildung/Förderung fachärztliche Weiterbildung/Gesetzliche Förderung nach § 75a*.

## Seminar des Monats für Praxisinhaber

### Vereinbarkeit von Familie und Beruf – wie kann das funktionieren?

Die Vereinbarkeit von Familie und Praxis stellt eine besondere Herausforderung dar. Die KVB unterstützt Sie hierbei durch besondere Regelungen, die Ihre familiäre Situation berücksichtigen.

Das Seminar „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ beschäftigt sich unter anderem mit folgenden Fragen und zeigt Ihnen praktikable Lösungsmöglichkeiten auf:

- Wie wird Kindererziehung berücksichtigt?
- Kann ich mich zur Entlastung vertreten lassen oder einen Sicherstellungsassistenten anstellen?
- Kann ich mich vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst befreien lassen?
- Kann ich mit pflegebedürftigen Angehörigen meinen Versorgungsauftrag reduzieren?

Referenten sind KVB-Mitarbeiter, die Teilnahme ist kostenfrei.

### Termine

- 1. Oktober 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Bayreuth
- 11. Oktober 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Augsburg
- 25. Oktober 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Regensburg
- 8. November 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Nürnberg

## Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

### DMP – Fortbildung für Schulungspersonal Diabetes/KHK

Die strukturierten Disease Management Programme (DMP) sollen auf Basis einer adäquaten Betreuung und eines kompetenten Umgangs den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten der Patienten positiv beeinflussen. Dies wird durch eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten unterstützt.

In dieser Fortbildungsveranstaltung werden Ihnen neben dem Grundwissen zum jeweiligen Schulungsprogramm auch die Hintergründe im Umgang mit den DMP in der Praxis vermittelt. Sie erfahren zum Beispiel Details einer vereinfachten Handhabung und wie sich Fehler vermeiden lassen.

Während der Veranstaltung besteht die Möglichkeit, sich mit den teilnehmenden Kollegen und Referenten auszutauschen.

### Themenschwerpunkte

- Zusammenarbeit mit der DMP-Datenstelle Bayern: Datenfluss sowie Daten und Fristen im DMP
- DMP-Dokumentationen
- Koordination und Organisation von strukturierten Schulungen
- Wahrnehmung und Motivation
- Kommunikation und Gesprächsführung

Referenten sind externe ärztliche Referenten und Mitarbeiter der DMP-Datenstelle. Die Teilnahmegebühr beträgt 45,- Euro pro Person.

### Termine

- 15. September 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Würzburg
- 22. September 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB München
- 27. Oktober 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Bayreuth

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Ihre Anmeldung unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21  
E-Mail Seminarberatung@kvb.de

### Unsere Servicezeiten

- Montag bis Donnerstag  
7.30 bis 17.30 Uhr
- Freitag  
7.30 bis 14.00 Uhr

## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis

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

### Informationen zu 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

### Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fachliche Informationen erhalten Sie unter 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*

**Online-Anmeldung** im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

**Anmeldeformulare und weitere Seminare** finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter [www.kvb.de](http://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.

### Themengebiet

#### Abrechnung

Abrechnungsworkshop - Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop - Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop - Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop - Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop - Operative und Belegärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Orthopädische und Reha Praxen

Abrechnungsworkshop - Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop - Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

#### DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - Hypertonie

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

#### Fachseminare

Hautkrebsscreening

Notfalltraining - Refresher

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen III - Demenz und Sexualität im Alter

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Oktober 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		27. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		4. Oktober 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		10. Oktober 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	20. September 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	4. Oktober 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Augsburg
Poolärzte	kostenfrei	21. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	23. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	23. September 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	22. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	30. September 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	7. Oktober 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	6. bis 7. Oktober 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	16. und 23. September 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	7. und 14. Oktober 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	14. Oktober 2017	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	21. Oktober 2017	13.30 bis 16.45 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Oktober 2017	10.00 bis 15.30 Uhr	München

**Themengebiet****IT und Online**

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

**Kooperationen**

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

**Praxisführung**

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis - Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht - Informationen für neu niedergelassene Ärzte

**Praxismanagement**

Die rechte Hand des Chefs - Entlastung durch die Erstkraft

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Finden und Binden von Mitarbeitern

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Terminvereinbarung am Telefon

**Qualitätsmanagement**

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

**Qualitätszirkel**

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

**Wirtschaft und Recht**

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	11. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
		18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer	kostenfrei	14. Oktober 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	29. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Oktober 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	29. bis 30. September 2017	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. September 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		22. September 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	11. Oktober 2017	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		27. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		4. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
		27. September 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg

