

# KVBINFOS 2017



Bild: iStockphoto.com/diego\_carvo

## JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2017

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
<b>ABRECHNUNG</b>			
Abrechnung Dermatochirurgischer Eingriffe	1-2/5	Die nächsten Zahlungstermine	8-9/126
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2016	1-2/2	Die nächsten Zahlungstermine	10/146
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017	3/22	Die nächsten Zahlungstermine	11/174
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017	4/54	Die nächsten Zahlungstermine	12/186
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017	6/90	Digitales Muster 10/10a ab Quartal 3/2017	6/92
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017	7/106	EBM-Änderungen	12/188
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017	8-9/126	EBM-Änderungen zum 1. Juli 2017	8-9/128
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017	10/146	EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2017	10/149
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017	12/186	Farbduplex-Zuschlag (GOP 33075)	4/57
Änderungen des EBM zum 1. April 2017	3/30	GenDG bei Veranlassung des HLA-B27-Nachweises	12/196
Änderungen des EBM zum 1. April 2017	4/56	Genehmigung der erweiterten Mutationssuche	5/75
Änderungen des EBM zum 1. April 2017	5/70	Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB	10/148
Änderungen des EBM zum 1. Januar 2017	3/25	iFOBT nur für Arztgruppen nach Kapitel 12 berechnungsfähig	12/193
Änderungen im Geriatrischen Praxisverbund	4/58	iFOBT: Immunchromatographische Schnellteste erfüllen nicht KFE-RL-Anforderungen	12/194
ASV – Mindestmengen gynäkologische Tumore	12/194	Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2017	1-2/4
ASV – Neuaufnahme und Änderungen von Gebührenordnungspositionen	10/158	Intraoperative Leistungen	7/112
ASV: Vergütung von Tuberkulose- Laborleistungen	8-9/134	Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen	1-2/6
ASV-Beschlüsse zum EBM	3/34	Laborquote „Q“ für das dritte Quartal 2017	7/110
Bayerische Euro-Gebührenordnung (BEGO) ab 1. Januar 2018	12/188	Laborquote „Q“ für das vierte Quartal 2017	10/157
Beendigung des Geriatrischen Praxisverbunds	11/174	Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2017	1-2/6
Blankoformularbedruckung: Antragsverfahren entfällt	3/35	Nebeneinanderberechnung von Untersuchungen bei Mehrschicht-CT	8-9/133
Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2	Neue Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017	3/33
Die nächsten Zahlungstermine	3/22	Notwendige Angaben bei Überweisungen an Pathologen	12/195
Die nächsten Zahlungstermine	4/54	PET/CT zur Diagnostik bei Kopf-Hals-Tumoren	7/111
Die nächsten Zahlungstermine	5/70		
Die nächsten Zahlungstermine	6/90		
Die nächsten Zahlungstermine	7/106		

	Ausgabe/Seite
Richtlinien über künstliche Befruchtung (ICSI)	7/111
Richtlinien vertragsärztliche Versorgung - Thulium-Laserresektion	10/158
Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2016	3/24
Simultaneingriff bei Operationen der Kategorie 7	3/35
Strukturreform Psychotherapie zum 1. Juli 2017	7/108
Strukturreform Psychotherapie: rückwirkende EBM-Änderungen	8-9/132
Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen bald GKV-Leistung	12/197
Vorquartalsfälle: Hinweis zur Verjährung	5/70

## ALLGEMEINES

	Ausgabe/Seite
„Gesund schwanger“ – weitere Krankenkassen dabei	3/45
Anpassung der Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsunterlagen	10/165
Ärztliche Schweigepflicht: externe Dienstleister	11/178
Betreuungsvollmacht - Wichtiges für Vertragsärzte	11/177
Förderung fachärztliche Weiterbildung: Ausschreibung startet	8-9/138
Haus- und Facharztthesauren aktualisiert	3/45
Haus- und Facharztthesauren aktualisiert	7/118
Laborüberweisungen – Muster 10	1-2/14
Neue Services im Mitgliederportal „Meine KVB“	11/177
Neuer Service: Hygieneplan für Arztpraxen	4/60
Rechenschaftsbericht der KVB	1-2/11
Rückwirkend ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	5/80
Umschlagverfahren	3/44
Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte	10/165

## IT IN DER PRAXIS

DMP COPD – Update der Dokumentationssoftware	12/200
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	4/59
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	10/164

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
<b>QUALITÄT</b>			
Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie	1-2/9	Ergänzungen im Sprechstundenbedarf	8-9/136
Neuer Wirksamkeitsbereich „begrenzt viruzid PLUS“	10/162	FAQ zur Krankenförderung	8-9/136
Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma	3/43	FAQs zu Heilmitteln überarbeitet	12/200
Qualitätszirkel-Handbuch: neue Module online	5/79	FAQs zu Impfungen	12/200
Ultraschallvereinbarung: Stichprobenprüfung	1-2/10	FAQs zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege	7/114
Umstellung von Luer-Verbindern	3/44	Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig	6/93
Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	11/176	Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig	10/159
<b>VERORDNUNGEN</b>			
„Switching“ kann unwirtschaftlich sein	1-2/7	Geburtsvorbereitungskurse	8-9/137
Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)	7/115	Generika über Festbetrag	5/76
Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen	6/95	Häusliche Krankenpflege	7/113
Arzneimittel - frühe Nutzenbewertungen	5/75	Häusliche Krankenpflege: Muster 12	8-9/135
Arzneimittelpreisverordnung: Rezepturarzneimittel	10/161	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)	6/94
Ausfüllhilfen für Arznei- und Heilmittel	8-9/137	Heilmittel - besonderer Verordnungsbedarf	5/78
Ausstellen einer Heilmittel-Verordnung	3/40	Heilmittel - FAQ	5/78
Ausstellen einer Sprechstundenbedarfs-Verordnung	3/39	Heilmittel-Richtlinie: Änderungen zum 1. Januar 2017	3/41
Bedruckung von Verordnungen	5/78	Hepatitis-A-Impfung richtig verordnen	7/114
Betäubungsmittel für Patienten in Heimen, Hospizen und in der SAPV	3/43	HPV-Impfstoff richtig verordnen!	11/175
Blutzuckerteststreifen für rtCGM	8-9/136	Immuntherapeutika bei Plaque-Psoriasis	12/199
Cannabis-Begleiterhebung	8-9/137	Impfung Haemophilus influenzae Typ b	11/175
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	3/36	Indikationsimpfung Haemophilus influenzae Typ b	5/77
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	6/95	Keine Mischverordnungen ausstellen!	8-9/135
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	10/160	Kostengünstige LHRH-Analoga	5/77
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	12/198	Krankenförderung – Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade	3/42
		Langfristiger Heilmittelbedarf	3/41
		Langfristiger Heilmittelbedarf	7/117
		Leistungsverordnungen durch Psychotherapeuten	7/117

Ausgabe/Seite	Ausgabe/Seite
Medikationsplan: Haftung	3/42
Meningokokken-B-Impfung	3/40
Neue Generika und Biosimilars	10/160
Orientierungsrahmen Blutzuckerteststreifen	5/77
Orthonyxie-Therapie (Nagelspangen)	7/116
Parenterale Ernährung - Angebot der Firma CARENOBLE	10/161
Patientenhinweis: Die Heilmittelverordnung	11/176
Pneumokokken: PCV13 oder PPSV23?	3/39
Rehabilitation: Neues Serviceheft der KVB	6/96
Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden!	3/37
Rückruf der Fastjekt Autoinjektoren	6/96
Schulungsmaterial „Blaue Hand“	7/115
Soziotherapie: Neue Muster 26 und 28	10/162
Sprechstundenbedarf	3/38
Substitutionstherapie	12/198
Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall	10/161
Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)	7/118
Verhaltensbezogene Primärprävention	7/113
Verordnung von Cannabis	5/75
Verordnung von Cannabis	12/199
Verordnung von Cannabis: Korrektur	6/94
Verordnung von Fentanyl-Pflastern	3/38
Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV	1-2/7
Verordnung von Schuheinlagen	6/96
Verordnung von Sehhilfen	7/116
Verordnungsfähigkeit bei Hörsturz und Tinnitus	7/116
Vorsicht beim Switching!	6/96
	Wirkstoffvereinbarung - Arbeitslisten Generikaziele 4/58
	Zweitschrift nur im Ausnahmefall möglich 12/199

# KVBIINFOS

01|17  
02|17

## ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2016
- 4 Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2017
- 5 Abrechnung Dermatologischer Eingriffe
- 6 Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2017
- 6 Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen

## VERORDNUNG

- 7 Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV
- 7 „Switching“ kann unwirtschaftlich sein

## QUALITÄT

- 9 Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie
- 10 Ultraschallvereinbarung: Stichprobenprüfung

## ALLGEMEINES

- 11 Rechenschaftsbericht der KVB
- 14 Laborüberweisungen – Muster 10

## SEMINARE

- 14 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 16 Notfalltraining für das Praxisteam
- 16 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 17 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 18 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine\*

**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

**11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 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](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 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](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, beigefügt werden.

### Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März 2016 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](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*.

**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](mailto: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](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)

## Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2017

Die wichtigsten Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) finden Sie auch im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17*.

Am 26. November 2016 hat die Vertreterversammlung beschlossen, den HVM 2016 mit wenigen Änderungen auch für die Zeit ab 1. Januar 2017 fortzuführen. Beibehalten wird damit die bekannte Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus RLV und QZV mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen RLV- beziehungsweise QZV-Fallwerten.

Anlass für die von der Vertreterversammlung beschlossenen Anpassungen waren Änderungen des EBM und der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die im HVM nachvollzogen werden mussten. Daneben haben sich – wie immer in enger Abstimmung mit den betroffenen Berufsverbänden – fachgruppenbezogen einige weitere Themen ergeben.

### I. HVM-Änderungen aufgrund EBM-Änderungen und Änderungen der KBV-Vorgaben:

#### 1. GOP 38100 und 38105 EBM als freie Leistung

Zum 1. Juli 2016 wurden die Leistungen für das Aufsuchen eines Kranken durch einen angestellten Mitarbeiter aus dem Kapitel 40 EBM als GOP 38100 und GOP 38105 in das Kapitel 38 EBM überführt. Im HVM ist vorgesehen, dass diese beiden Gebührenordnungspositionen als freie Leistungen vergütet werden.

#### 2. Humangenetik

Ebenfalls zum 1. Juli 2016 wurde ein neuer Abschnitt 32.3.15 (Immunogenetische Untersuchungen) in den

EBM aufgenommen. Aufgrund der EBM-Änderung hat die KBV auch ihre Vorgaben angepasst und die neuen Leistungen – soweit sie nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden – entweder dem Grundbetrag „Labor“ oder dem Grundbetrag „genetisches Labor“ zugeordnet.

Zum Grundbetrag „genetisches Labor“ gehören nach den Vorgaben der KBV nun auch die neuen GOP 32902 bis 32908, 32931, 32932 sowie die GOP 32937 bis 32946. Diese von der KBV vorgegebene Zuordnung wurde im HVM nachvollzogen. Die Grundsystematik hat sich dabei nicht geändert. Weiterhin werden die human-genetischen Leistungen aus einem Leistungstopf mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent vergütet.

### II. Fachgruppenspezifische Änderungen

#### 1. Neue QZV für Fachärzte für Anästhesiologie, Fachärzte für Neurochirurgie sowie Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Das bisher in den genannten Fachgruppen bestehende QZV „Schmerztherapeutische spezielle Behandlung“ wird ab 1. Januar 2017 in vier QZV aufgeteilt:

Schmerztherapeutische spezielle Behandlung II	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30740, 30750, 30751
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika, TENS	30710, 30712
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724, 30730	30760

#### 2. Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie

Das QZV „Behandlung von Ulcera oder Nekrosen/Kompressions-therapie“ wird gestrichen. Die darin enthaltenen GOP 02310, 02311, 02312 und 02313 können ab 1. Januar 2017 als freie Leistungen innerhalb des Fachgruppentopfs abgerechnet werden.

#### 3. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Ab 1. Januar 2017 wird erstmalig ein neues QZV „Phlebologie“ (GOP 30500, 30501 EBM) gebildet. Bisher waren diese Leistungen im RLV enthalten.

### III. Weitere Informationen (Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2017, Informationsbroschüren, HVM-Text und KBV-Vorgaben)

#### 1. Kalkulatorische Fallwerte 2017 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2017 ab 1. Dezember 2016 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

## Abrechnung Dermatochirurgischer Eingriffe

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17*. Dort finden Sie auch die aktualisierten Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2017“.

### 2. HVM-Text und Vorgaben der KBV

Den HVM-Text finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (KBV-Vorgaben) zu beachten. Diese sind im Internet veröffentlicht. Sie finden die KBV-Vorgaben unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere 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 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](mailto:info@kvb.de) oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

Dermatochirurgische Eingriffe der Kategorien A1 bis A7 können bei ambulanten Operationen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 31101 bis 31107 EBM und bei belegärztlichen Operationen nach den GOP 36101 bis 36107 EBM abgerechnet werden.

Um Prüfungen sowie Rückforderungen bei diesen Ambulanten Operationen zu vermeiden, bitten wir Sie, **unbedingt die Vorgaben des EBM zu beachten, sowie vollständig zu dokumentieren und spezifisch zu kodieren.**

Bitte beachten Sie insbesondere die nachfolgenden Hinweise:

- Maßgeblich für die Zuordnung zu einer bestimmten Kategorie ist der **Operationsprozedurenschlüssel nach Paragraf 295 SGB V (OPS)**. Die OPS sind dem Anhang 2 des EBM zu entnehmen. Die Hinweise in der Präambel zum Anhang 2 sind zwingend zu beachten.
- Zu den in den OPS verwendeten Begriffen „klein/groß“, „kleinflächig/großflächig“, „lokal/radikal“ und „ausgedehnt“ gilt:
  - Länge: kleiner/größer 3 cm
  - Fläche: kleiner/größer 4 cm<sup>2</sup>
  - lokal: bis 4 cm<sup>2</sup>
  - radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>
  - Bei Eingriffen am Kopf und an den Händen gilt: Der Begriff „klein“ ist nicht anzuwenden (vergleiche 4.3.7 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM). Die Vorgaben zu den Begriffen „lokal/radikal“ und „ausgedehnt“ gelten jedoch.
- Die Berechnung setzt die obligate histologische Untersuchung des entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Be-

fundes voraus (Präambel 31.2.2 beziehungsweise 36.2.2 EBM).

- Zahlreiche OPS-Codes beinhalten den Begriff „histografisch kontrolliert“ (mikrografische Chirurgie):
  - Die Histographie ist ein Verfahren der onkologischen Chirurgie. Unter mikrografischer Chirurgie (histografisch kontrolliert) werden Eingriffe verstanden, bei denen die Exzision des Tumors mit topografischer Markierung/Fadenmarkierung und anschließender Aufarbeitung der gesamten Exzidatäußenfläche/-grenze erfolgt.
  - Die Berechnung einer histografischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, wobei der histologische Befund vorzuhalten ist. Der temporäre Wundverschluss und die gegebenenfalls erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar (Präambel zum Anhang 2 des EBM, Punkt 10).
- Eingriffe, die die oben genannten Kriterien nicht erfüllen, sind als kleinchirurgische Eingriffe des jeweils entsprechenden EBM-Kapitels abzurechnen.
- In der Dokumentation sind insbesondere anzugeben: die Lokalisation, die Schnittlängen und gegebenenfalls der histographische Befund.
- Für eine spezifische Kodierung gilt: Restgruppen wie „Sonstige“ oder „nicht näher bezeichnet“ werden nur dann kodiert, wenn tatsächlich keine spezifische Information dokumentiert ist.

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)

## Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2017

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 erste Halbjahr 2017 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17/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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Laborbestimmungen von Schilddrüsenhormonen

Die laboratoriumsmedizinische Bestimmung von Schilddrüsenhormonen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 32101 (TSH), 32320 (fT4), 32321 (fT3), 32420 (Thyreoglobulin), 32502 (Thyreoglobulin-Antikörper) und 32508 (TSH-Rezeptor-Antikörper) sind sowohl für Gynäkologen als auch für Fachärzte für Urologie und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde fachfremd und dürfen daher von diesen nicht abgerechnet werden. Die Diagnostik und Therapie von Unter- und Überfunktionen der Schilddrüse ist Bestandteil des Fachgebiets der Inneren Medizin (siehe das Urteil des Bundessozialgerichts vom 20. März 1996, Az. 6 RKa 34/95). Selbstverständlich können Ärzte der genannten Fachrichtungen ein Labor mit diesen Untersuchungen beauftragen beziehungsweise die TSH-Bestimmung nach GOP 32101 von einer Laborgemeinschaft durchführen lassen.

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)

## Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV

Folgende Impfstoffe müssen über den Sprechstundenbedarf verordnet werden:

### Einzelimpfstoffe

- Diphtherie
- FSME
- Hepatitis B (nur Kinderimpfstoff, gilt nicht für Erwachsenenimpfstoff)
- Influenza
- Masern
- Meningokokken B
- Meningokokken C
- Pneumokokken
- Poliomyelitis
- Röteln
- Rotavirus
- Tetanus
- Varizellen

### Mehrfachimpfstoffe

- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/Poliomyelitis Haemophilus influenzae Typ b/Hepatitis B
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/Poliomyelitis Haemophilus influenzae Typ b
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus/Poliomyelitis
- Diphtherie/Pertussis/Tetanus
- Diphtherie/Tetanus/Poliomyelitis
- Diphtherie/Tetanus
- Masern/Mumps/Röteln
- Masern/Mumps/Röteln/Varizellen

Tetanus-Immunglobulin zur Erstversorgung eines Verletzten, sofern nicht ein Unfallversicherungsträger zuständig ist. Immunglobulin im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge zur Anti-D-Prophylaxe.

Hinweis: Diese Impfstoffe müssen über den Sprechstundenbedarf bezogen werden, auch wenn Sie nur eine einzelne Ampulle zu verimpfen haben!

Folgende Impfstoffe müssen zwingend auf den Namen des Patienten verordnet werden:

### Einzelimpfstoffe

- Hepatitis A
- Hepatitis B (nur Erwachsenenimpfstoff, gilt nicht für Kinderimpfstoff)
- Meningokokken A, C, W135, Y
- Humane Papillomviren

### Mehrfachimpfstoffe

- Hepatitis A und B

Welche Voraussetzungen für den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfüllt sein müssen, gibt die Schutzimpfungs-Richtlinie im Internet unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/) vor.

Detaillierte Informationen zur Schutzimpfungs-Richtlinie sowie andere rechtlichen Grundlagen (zum Beispiel für Asylbewerber) finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

Die postexpositionelle Tollwutimmunprophylaxe mit Tollwut-Immunglobulin beziehungsweise Tollwut-Impfstoff ist eine Leistung der GKV. Es handelt sich hierbei um eine Therapie, nicht um eine Impfung nach Schutzimpfungs-Richtlinie. Deshalb erfolgt keine Kennzeichnung der „8“. Der Impfstoff und das Immunglobulin werden auf den Namen Ihres Patienten verordnet.

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)

## „Switching“ kann unwirtschaftlich sein

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegen für einen Wirkstoff beziehungsweise innerhalb einer Wirkstoffklasse sowohl verschreibungspflichtige als auch verschreibungsfreie Präparate vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 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 die das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist oder falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen. Hier kann im Einzelfall auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte gegebenenfalls die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparats gut zu begründen beziehungsweise gründlich zu dokumentieren, dass der Therapieversuch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nicht erfolgreich war, um für den Fall eines Prüfantrags gewappnet zu sein.

Beachten Sie daher bitte streng die Indikationen und überprüfen Sie die medizinische Notwendigkeit, damit keine Gefahr von Rückforderungsanträgen seitens der Krankenkassen und der Prüfungsstelle droht.

Seit 1. Oktober 2016 sind neben Beclomethason nun auch Mometason- und Fluticasonhaltige Nasensprays in einer Tagesdosis von 200 µg (Mometasonfumarat beziehungsweise Fluticasonpropionat) zur intranasalen Anwendung für die symptomatische Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis nach Erstdiagnose durch einen Arzt ohne ärztliche Verordnung in der Apotheke erhältlich. Zudem muss auf den Behältnissen und äußeren Umhüllungen kenntlich gemacht sein, dass die Anwendung auf Erwachsene beschränkt ist. Gleichzeitig erfolgte eine Harmonisierung bei den Indikationen der drei nun apothekenpflichtigen, nasalen Kortikoide.

■ in den Anwendungsgebieten liegen.

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)

Weitere Beispiele für „Switching“ sind:

- Protonenpumpeninhibitoren: Omeprazol, Pantoprazol
- Antihistaminika: (Des-) Loratadin, (Levo-) Cetirizin
- Antimykotika: Ciclopirox, Clotrimazol (gynäkologische Anwendung)
- Analgetika: Ibuprofen
- Vitamine und Spurenelemente (zum Beispiel Selen, die Gruppe der B-Vitamine, Vitamin D)
- Antiparasitäre Mittel (zum Beispiel Infectopedicul Malathion Shampoo)
- Mukolytika, zum Beispiel ACC
- Kortikoide topisch (zum Beispiel Hydrocortison) und nasal (Fluticason, Mometason, Beclomethason)

Der Unterschied zwischen wirkstoffgleichen apothekenpflichtigen und verschreibungspflichtigen Präparaten kann unter anderem in

- der Dosierung,
- der Packungsgröße,
- einer altersabhängigen Zulassung oder auch

## Neue Qualitätsmanagement-Richtlinie

Ab sofort gelten für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierfür eine neue Richtlinie beschlossen, die am 16. November 2016 in Kraft getreten ist. Sie löst die drei bisherigen Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen sowie den stationären Bereich ab.

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie gliedert sich in zwei Teile: Teil A enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. Teil B konkretisiert die Rahmenbestimmungen für den jeweiligen Sektor. Kern der neuen Richtlinie sind die in Teil A aufgeführten Methoden und Instrumente als Bestandteile des Qualitätsmanagements, wie beispielsweise der Einsatz von Checklisten und Ablaufplänen oder die Regelung von Verantwortlichkeiten. Diese waren nahezu alle bereits in der Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) enthalten.

Umfassender als in der ÄQM-RL wird Qualitätsmanagement in der neuen Richtlinie als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit dargestellt. Verschiedene Instrumente und Methoden fokussieren besonders auf sicherheitsrelevante Prozesse. Was sich genau ändert, ist nachfolgend zusammengestellt.

### Neue Anwendungsbereiche

In der Richtlinie werden verschiedene Anwendungsbereiche wie Notfallmanagement und Hygienemanagement aufgeführt. Neu aufgenommen wurden

- Arzneimitteltherapiesicherheit,
- Schmerzmanagement und
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen.

Insbesondere in diesen Bereichen können QM-Maßnahmen die Patientensicherheit verbessern.

### OP-Checklisten explizit erwähnt

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 müssen. Damit sollen Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen sowie schwerwiegende Komplikationen vermieden werden.

### Mitarbeiterperspektive systematisch einbinden

Neben regelmäßigen Patientebefragungen sollen zukünftig auch Mitarbeiter – möglichst anonym – befragt werden. So erhält die Praxisleitung Anregungen für Veränderungen und Verbesserungspotenziale.

### Kooperationsformen:

#### QM-Anforderungen beziehen sich auf Einrichtung

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

#### Drei Jahre Zeit für die 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.

#### Aufwand in angemessenem Verhältnis gestalten

Auf die Anwendung einer Methode/

eines Instruments kann verzichtet werden, wenn dies aufgrund besonderer einrichtungsbezogener Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Davon ausgenommen sind aber das Risiko- und Fehlermanagement, Fehlermeldesysteme und OP-Checklisten.

#### 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 2017. 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 zukünftig in Praxen und Krankenhäusern systematisch zu evaluieren und zu veröffentlichen, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Empfehlungen zu einer neuen Methodik erarbeiten, über die der Gemeinsame Bundesausschuss 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 Qualitätsmanagement nach der neuen Richtlinie zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihr

Service-Angebot „Mein PraxisCheck“ ausgebaut: Ärzte und Psychotherapeuten können mit dem Online-Test „Mein PraxisCheck Qualitätsmanagement“ unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Service/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 Impfen.

#### Zusätzliche Unterstützungsangebote durch die KVB

Die KVB bietet Ihnen Hilfe bei der Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements durch spezifische Beratung und Seminare an.

Ausführliche Informationen zum Thema finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement*. Alle QM-Seminare finden Sie in der KVB-Seminarbroschüre oder unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten zum Qualitätsmanagement unter  
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 19 oder  
 09 11 / 9 46 67 – 3 36  
 E-Mail [QM-Beratung@kvb.de](mailto:QM-Beratung@kvb.de)

#### Hintergrund

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, Instrumente und der Zeitrahmen für eine Einführung und Weiterentwicklung festgelegt. Beim Aufbau eines internen QM-Systems helfen sogenannte Qualitätsmanagementverfahren wie QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen, KTQ oder EPA. Eine Zertifizierung nach einem Verfahren ist weiterhin nicht vorgeschrieben.

Weitere Informationen finden Sie auf folgenden Seiten:

Beschluss Richtlinie: [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/)

Mit QEP die QM-Richtlinie erfüllen: [http://www.kbv.de/media/sp/QEP\\_QZK\\_2010\\_QM\\_RiLi\\_in\\_QEP.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/QEP_QZK_2010_QM_RiLi_in_QEP.pdf)

Broschüre PraxisWissen „Qualitätsmanagement in der Praxis“: [www.kbv.de/445854](http://www.kbv.de/445854)

## Ultraschallvereinbarung: Stichprobenprüfung

Ab 1. Januar 2017 wird die Quote der jährlich durchzuführenden Dokumentationsprüfungen gemäß Ultraschallvereinbarung von drei auf sechs Prozent erhöht. Dabei können die Partner des Bundesmantelvertrags, also die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, Vorgaben für eine schwerpunktmäßige Überprüfung spezifischer Bereiche treffen, die dann bis zu drei Prozent der Genehmigungsinhaber umfassen.

Für die ersten drei Jahre haben sich die Partner der Bundesmantelverträge darauf geeinigt, dass die Schwerpunktprüfung auf solche Ultraschallgenehmigungen bezogen wird, die erstmals erteilt wurden – in der Regel also auf neu zugelassene Ärzte.

Wir werden zu Beginn des zweiten Quartals 2017 die betroffenen Ärzte mit einem Schreiben um die Einreichung von Unterlagen für diese Schwerpunktprüfungen bitten. Angefordert werden dann Unterlagen zu abgerechneten Ultraschalleistungen aus dem ersten Quartal 2017, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden.

Maßgeblich für die Beurteilung der eingereichten Unterlagen ist die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der in Paragraf 10 Absatz 2 bis 4 Ultraschallvereinbarung genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zur Stichprobenprüfung Ultraschall finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Sonographie/Prüfungen*.

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](mailto:Sono-GWE@kvb.de)

## Rechenschaftsbericht der KVB

Der Rechenschaftsbericht der KVB gibt gemäß Paragraf 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraf 305b SGB V über die im Geschäftsjahr 2015 verwendeten Mittel Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2015 mit einem Jahresmehrertrag von 13,0 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 2,04 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2015 insgesamt 170,1 Millionen Euro. Darin enthalten sind Aufwendungen für Personal in Höhe von 98,5 Millionen Euro. Im Rechnungsjahr 2015 waren 1.636 Mitarbeiter bei der KVB beschäftigt.

Bei den Erträgen von insgesamt 183,1 Millionen Euro entfallen 146,9 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostspflichtigen Honorare. An Kapitalerträgen konnten 16,0 Millionen Euro erzielt werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2015 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 2015 wurden Investitionen in Höhe von 9,8 Millionen Euro getätigt.

Die KVB erhielt 2015 insgesamt 11.263,- Euro an Sponsoringbeträgen.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt:

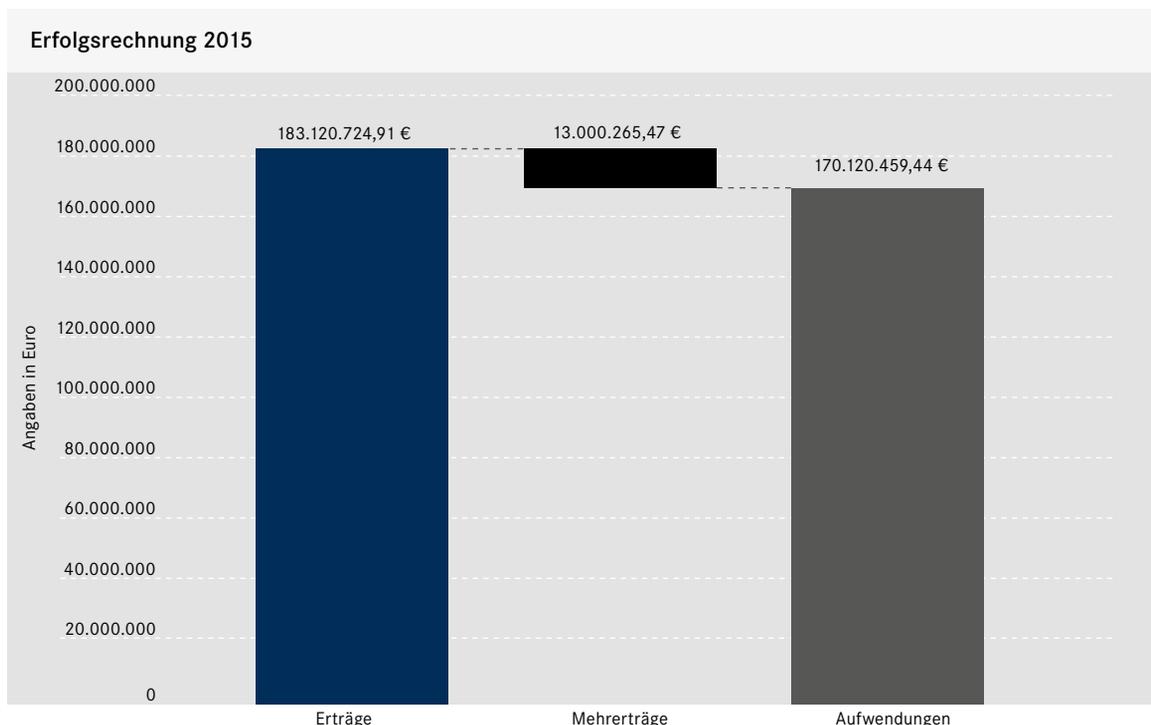


Abbildung 1

**Aufwendungen nach Kontengruppen**

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

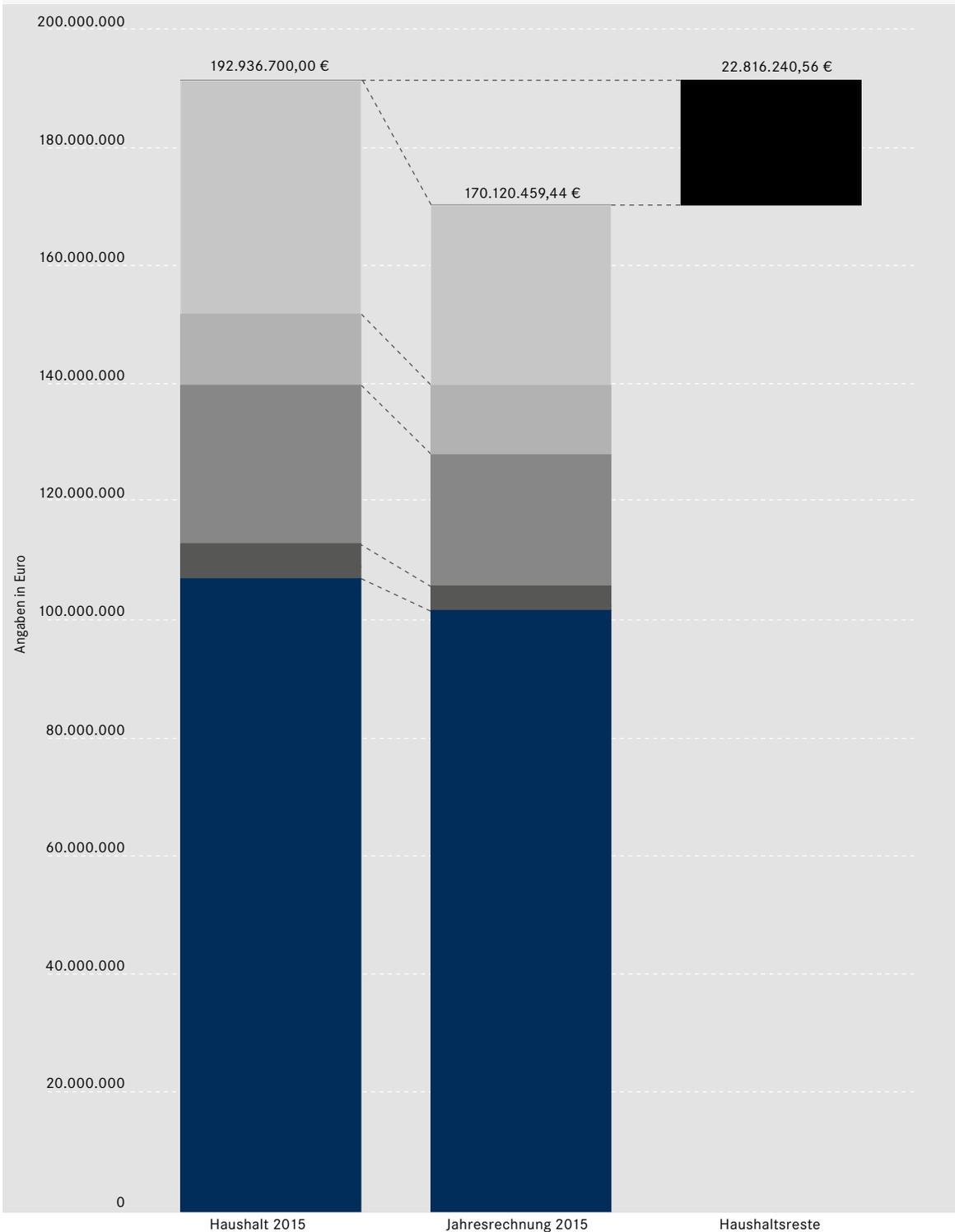


Abbildung 2

**Erträge nach Kontengruppen**

- Verwaltungskostenumlage
- Erträge aus Auftragsleistungen
- Sonstige Erträge
- Kostenbeiträge/Erstattungen von Vertragspartnern
- Kapitalerträge
- Mehrerträge
- Geldbußen
- Grundstückserträge
- Gebühren nach der Zulassungsverordnung

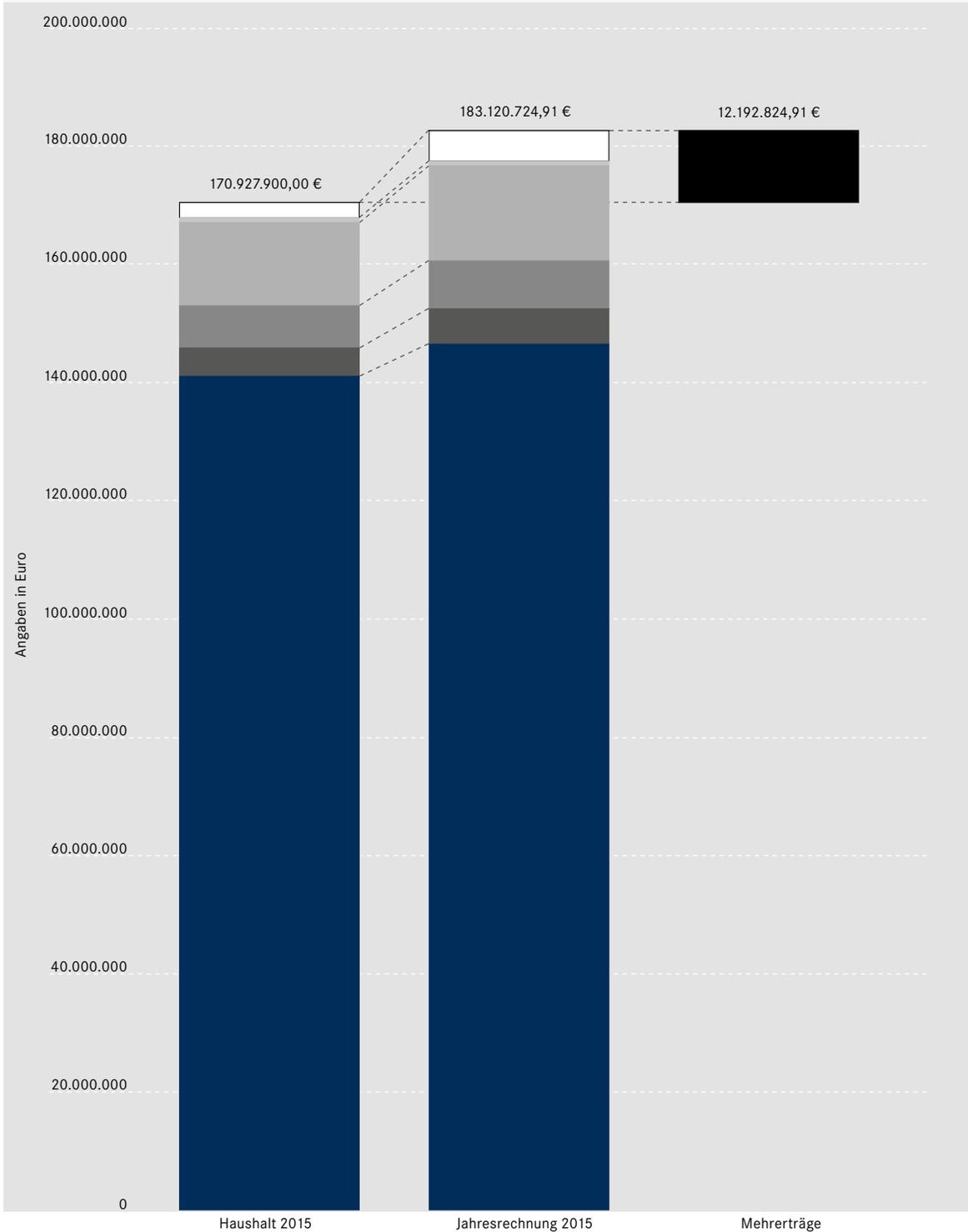


Abbildung 3

## Laborüberweisungen – Muster 10

Aufgrund der Änderungen im EBM wurde durch die 41. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä) klargestellt, dass das Muster 10 „Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen“ neben Leistungen des Kapitels 32 EBM und der Abschnitte 1.7 sowie 11.4 auch für Leistungen der neu gestalteten Abschnitte 30.12.2 (Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* – MRSA) und 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) des EBM zu verwenden ist. Der Überweisungsschein nach Muster 6 ist hier nicht einsetzbar.

Neu ist dabei, dass ausschließlich Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie Teilnehmer der Onkologie-Vereinbarung Leistungen zur indikationsbezogenen Diagnostik hämatologischer Neoplasien (Abschnitt 19.4.3) veranlassen dürfen. Eine Ausnahme bildet eine Untersuchung nach GOP 19433. Diese darf auch von Pathologen und Neuropathologen im Rahmen der histopathologischen Lymphomdiagnostik durchgeführt 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](mailto:Abrechnungsberatung@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, Kleingruppentrainings

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?
- bereitschaftsdienstrelevante 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 Fallbeispiele 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](http://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 den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

**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.

### Seminare

Abrechnungsworkshop – Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop – Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop – Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop – Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop – Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop – Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop – Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop – Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, Kinder- Jugendlichenpsychiatrische Praxen

Abrechnungsworkshop – Urologische Praxen

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

DMP – Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

Erste Basics für MFA – Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA – Chirurgische Praxen

Erste Basics für MFA – Hausärztliche Kinderarztpraxen

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis – Informationen und Tipps

QEP-Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	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 15. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg Würzburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Februar 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Februar 2017 22. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	1. Februar 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Poolärzte	kostenfrei	29. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. März 2017	17.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	11. Februar 2017	9.30 bis 15.45 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	22. März 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	25. März 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2017 22. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Straubing
Praxisinhaber	110,- Euro	11. März 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	10. Februar 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	23. März 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	10. bis 11. März 2017	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München



# KVBIINFOS 03|17

## ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017
- 24 Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2016
- 25 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2017
- 30 Änderungen des EBM zum 1. April 2017
- 33 Neue Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017
- 34 ASV-Beschlüsse zum EBM
- 35 Simultaneingriff bei Operationen der Kategorie 7
- 35 Blankoformularbedruckung: Antragsverfahren entfällt

## VERORDNUNGEN

- 36 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 37 Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden!
- 38 Verordnung von Fentanyl-Pflastern
- 38 Sprechstundenbedarf
- 39 Ausstellen einer Sprechstundenbedarfs-Verordnung
- 39 Pneumokokken: PCV13 oder PPSV23?
- 40 Meningokokken-B-Impfung
- 40 Ausstellen einer Heilmittel-Verordnung
- 41 Heilmittel-Richtlinie: Änderungen zum 1. Januar 2017
- 41 Langfristiger Heilmittelbedarf
- 42 Krankenförderung - Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade
- 42 Medikationsplan: Haftung
- 43 Betäubungsmittel für Patienten in Heimen, Hospizen und in der SAPV

## QUALITÄT

- 43 Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma
- 44 Umstellung von Luer-Verbindern

## ALLGEMEINES

- 44 Umschlagverfahren
- 45 „Gesund schwanger“ – weitere Krankenkassen dabei
- 45 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

## SEMINARE

- 46 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 47 Notfalltraining für das Praxisteam
- 48 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 49 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 50 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine\*

**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

**11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 2017

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. April 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 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](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, beigefügt werden.

### Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März 2016 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](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.

### Hinweis:

Aufgrund einer Neuerung bei der Verordnung von Heilmitteln zum 1. Januar 2017 – Verwendung von zertifizierten Verordnungs-Softwareprogrammen (gemäß Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä) – wurde der Wortlaut der Sammelerklärung entsprechend ergänzt.

Für den Fall, dass Ihnen zum 1. Januar 2017 noch keine zertifizierte Heilmittelsoftware zur Verfügung stand, haben die Partner des Bundesmantelvertrags eine Übergangslösung vereinbart (Protokollnotiz zu Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä), nach der übergangsweise bis längstens 31. März 2017 eine nicht zertifizierte Heilmittelsoftware genutzt werden kann und damit die in der Sammel-

erklärung enthaltene Bestätigung (gemäß Paragraf 30 Absatz 8 Satz 2 BMV-Ä) unschädlich ist.

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*.

**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](mailto: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](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)

## Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung vom 12. Dezember 2016 noch kurzfristig Änderungen bei den Abrechnungsbestimmungen zur Gebührenordnungsposition (GOP) 34291 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in einem gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen nochmals kurz 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. Unser Rundschreiben finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben*.

### Aufnahme einer Übergangsregelung bei GOP 34291 – Abrechnung mit Kennzeichnung „Q“ bei Nichtdokumentation möglich

Wie wir Ihnen bereits mitgeteilt hatten, wurde für die Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 die Kostenpauschale 40306 neu eingeführt und der Leistungsinhalt und die Bewertung (+ 92 Punkte) der Gebührenordnungsposition 34291 (Koronarangiographie) geändert.

Aufgrund struktureller Hürden bei der Umsetzung der neuen Abrechnungsvoraussetzungen wurde vom

Bewertungsausschuss eine Übergangsregelung geschaffen: Die Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie (GOP 34291) kann ab **1. Oktober 2016 übergangsweise bis zum 30. Juni 2017** auch dann abgerechnet werden, wenn die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Dokumentation, Datenerfassung/-übermittlung sowie das Aufklärungsgespräch) noch nicht erfüllt werden.

In diesen Fällen wird die Leistung unter Vornahme eines Abschlags von 92 Punkten mit 3.135 Punkten (327,17 Euro) so vergütet, wie vor der Änderung der Gebührenordnungsposition 34291 zum 1. Oktober 2016. Auch die Prüfzeit der Leistung wird in diesen Fällen um fünf Minuten auf 43 Minuten reduziert.

### Was Sie beachten müssen, wenn Sie die sQS-Daten nicht an die Datenstelle der KVB weiterleiten:

In den Fällen, in denen Sie die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß der Qesü-RL noch nicht erfüllen, **tragen Sie** bitte für die im Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017 von Ihnen durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographien anstelle der Gebührenordnungsposition 34291 EBM die **Gebührenordnungsposition 34291Q** (= 3.135 Punkte, 327,17 Euro) in Ihre Abrechnung ein. Die Kostenpauschale 40306 für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann zur Gebührenordnungsposition 34291Q nicht zusätzlich abgerechnet werden.

### Wenn Sie hingegen Ihre sQS-Daten bereits an die Datenstelle der

**KVB weiterleiten** und so die geforderte Qualitätssicherung nach der Qesü-RL erfüllen, können Sie für die von Ihnen durchgeführten Koronarangiographien **weiterhin die GOP 34291 EBM** (3.227 Punkte, 336,77 Euro) sowie die Kostenpauschale nach GOP 40306 für die im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung entstandenen Kosten abrechnen.

Weitere Informationen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung*.

Bei Fragen zur Datenübertragung als solches oder zu KV-Connect erreichen Sie unsere Berater „Online-Dienste“ 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](mailto:Online-Dienste@kvb.de)

Bei Fragen zur Abrechnung erreichen Sie uns unter

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

## Änderungen des EBM zum 1. Januar 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung vom 12. Dezember 2016 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2017 beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen nochmals kurz 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. Unsere Rundschreiben finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben*.

### NäPA – weitere Förderung ab 1. Januar 2017

#### Hausärzte:

Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA) in Hausarztpraxen wird ab 1. Januar 2017 weiter gefördert, um mehr Ärzten die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 zu ermöglichen und den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten besser zu vergüten.

#### Entschärfung der Genehmigungsvoraussetzungen

Die zur Abrechnung der Leistungen erforderliche durchschnittliche Mindestfallzahl in den letzten vier Quartalen wurde gesenkt:

Die durchschnittliche Fallzahl über die letzten vier Quartale ist erfüllt bei:

- durchschnittlich mindestens 700 (bisher 860) Fällen je Haus-

arzt (bei vollem Versorgungsauftrag) und Quartal. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 (bisher 640) Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang.

**Beispiel:** Bei einem Arztsitz 700 Fälle, bei zwei Sitzen 1.221 Fälle, bei 2,5 Sitzen 1.481,5 Fälle, bei drei Sitzen 1.742 Fälle

oder

- durchschnittlich mindestens 120 (bisher 160) Fällen je Hausarzt (bei vollem Versorgungsauftrag) bei Patienten ab 75 Jahren. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 (bisher 120) Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang.

**Beispiel:** Bei einem Arztsitz 120 Fälle, bei zwei Sitzen 200 Fälle, bei 2,5 Sitzen 240 Fälle, bei drei Sitzen 280 Fälle

Sofern kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl entsprechend dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang berechnet.

**Hinweis:** Wenn Sie über eine Genehmigung für die NäPA gemäß Anlage 8 des Bundesmantelvertrags-Ärzte verfügen, werden die Fallzahlen automatisch von uns dahingehend überprüft, ob die notwendige durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen erreicht wurde.

#### Bessere Vergütung der NäPA-Leistungen

Die Vergütung des Strukturzuschlags nach der GOP 03060 (22 Punkte, 2,31 Euro) für die Kosten der Ausbildung, Ausstattung, Gehälter etc. der NäPA wird durch einen neuen Zuschlag angehoben. Neue Zuschläge gibt es außerdem auf die Vergütung für Hausbesuche durch einen quali-

fizierten nichtärztlichen Praxisassistenten nach der GOP 03062 (166 Punkte, 17,48 Euro) und auf den Mitbesuch nach GOP 03063 (122 Punkte, 12,85 Euro).

#### NEU: GOP 03061 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060

EBM-Bewertung	12 Punkte
Preis B€GO	1,26 Euro

#### NEU: GOP 03064 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062

EBM-Bewertung	20 Punkte
Preis B€GO	2,11 Euro

#### NEU: GOP 03065 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063

EBM-Bewertung	14 Punkte
Preis B€GO	1,47 Euro

- Sie müssen die Strukturpauschale nach GOP 03060 und den neuen Zuschlag nach GOP 03061 nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Sowohl die Strukturpauschale als auch der neue Zuschlag werden bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch von der KVB zugesetzt.

- Auch die neuen Zuschläge nach den GOPen 03064 und 03065 müssen Sie nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Die Zuschläge werden automatisch von der KVB den von Ihnen abgerechneten Besuchen nach den GOPen 03062 und 03063 zugesetzt.

Darüber hinaus wird die Höchstgrenze für die Abrechnung der Strukturpauschale (GOP 03060) einschließlich Zuschlag (GOP 03061) auf 23.800 Punkte angehoben (bisher: 12.851 Punkte). Damit wird die Strukturpauschale zukünftig für maximal 700 Fälle (bisher: 584 Fälle) vergütet. Bei Abrechnung von Selektiv-

vertrags-/Knappschaftsfällen (Kennzeichnung mit Nr. 88192 oder 88194) wird der Höchstwert um 34 Punkte statt bisher 22 Punkte je Behandlungsfall verringert.

#### Erster Besuch im Alten- oder Pflegeheim über GOP 03062 berechnungsfähig

Neu ist auch, dass der **erste Besuch** eines Patienten in Alten- oder Pflegeheimen beziehungsweise in anderen beschützenden Einrichtungen durch den nichtärztlichen Praxisassistenten über die höher bewertete Gebührenordnungsposition 03062 (166 Punkte, 17,48 Euro) abgerechnet wird. **Weitere Besuche** bei anderen Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft sind weiterhin mit der GOP 03063 abzurechnen.

#### Wichtiger Hinweis für NÄPA in Ausbildung

Die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte haben die ursprünglich bis 31. Dezember 2016 befristete Übergangsregelung für **NÄPA in Ausbildung bis zum 31. Dezember 2018 verlängert**. Damit können Hausärzte weiterhin schon dann eine Genehmigung für einen NÄPA erhalten, wenn sich der Assistent noch in Fortbildung zum NÄPA befindet.

Die Genehmigung wird mit dem Nachweis erteilt, dass mit der Fortbildung bereits begonnen wurde. In diesen Fällen ist die Genehmigung bis zum voraussichtlichen Abschluss der Fortbildung zu befristen, längstens jedoch für vier Quartale. Sofern Sie bereits über eine bis 31. Dezember 2016 befristete Genehmigung verfügen, erhalten Sie hierzu in Kürze ein gesondertes Schreiben.

#### Fachärzte:

Ab dem 1. Januar 2017 können nun auch **Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** (nach Genehmigung) die Besuche und Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Abschnitt 38.3 EBM (Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205) abrechnen. Die Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM wurde entsprechend erweitert.

Den Genehmigungsantrag finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit „A“/Assistenz/Abrechnung von Leistungen*.

Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen der einzelnen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 38 entnehmen Sie bitte den KVB INFOS, Ausgabe 9/2016 (Seite 130f.) sowie unseren Rundschreiben vom Juni und Dezember 2016.

#### Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs an die neue Kinder-Richtlinie

Zum 1. September 2016 trat die neue Kinder-Richtlinie in Kraft (siehe auch KVB INFOS, Ausgaben 7-8/2016 und 9/2016). Mit Beschluss vom 12. Dezember 2016 hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2017 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an die neue Struktur und die neuen Inhalte der Kinder-Richtlinie angepasst.

**NEU: GOP 01709 – Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
EBM-Bewertung 50 Punkte  
Preis B€GO 5,27 Euro

- Im Behandlungsfall nicht neben GOP 01707 berechnungsfähig.
- Für Neugeborene berechnungsfähig, bei denen gemäß Paragraf 36 der Kinder-Richtlinie das Screening auf Mukoviszidose noch nicht im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt und daher im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist. In diesem Fall ist die Gebührenordnungsposition 01709 bis zum vollendeten 28. Lebensstag berechnungsfähig.

#### Geändert: GOP 01707 – Ergänzung des Leistungsinhalts und Höherbewertung

- Die Aufklärung über das Mukoviszidose-Screening wurde in den obligaten Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01707 aufgenommen.
- Die Screening-Dokumentation und die Probenentnahme für das Mukoviszidose-Screening gehört wie beim Neugeborenen-Screening zum fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01707.
- Das Neugeborenen-Screening nach Gebührenordnungsposition 01707 kann bis zum vollendeten zehnten Lebensstag durchgeführt und abgerechnet werden, wenn im Rahmen der U2-Früherkennungsuntersuchung festgestellt wird, dass das Neugeborenen-Screening noch nicht erfolgt und daher im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist.
- Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 01707 wird um 32 Punkte angehoben (neu: 135 Punkte, 14,22 Euro).

**Neue Leistungen für die Labor-diagnostik**

Für die im Rahmen der Kinder-Richtlinie geforderten Laboruntersuchungen werden neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 1.7.1 EBM aufgenommen. Die erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten wird über die neue Gebührenordnungsposition 01724 abgebildet. Die bisherige Gebührenordnungsposition 01708 wird gestrichen und kann ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr abgerechnet werden. Die dreistufige Diagnostik des neuen Screenings auf Mukoviszidose wird zukünftig über die neuen Gebührenordnungspositionen 01725 bis 01727 vergütet.

**NEU: GOP 01724 – Erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten mittels Laboruntersuchungsverfahren beziehungsweise Tandemmassenspektrometrie**

EBM-Bewertung	117 Punkte
Preis B€GO	12,32 Euro

**NEU: GOP 01725 – Immunologische Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT)**

EBM-Bewertung	23 Punkte
Preis B€GO	2,42 Euro

**NEU: GOP 01726 – Immunologische Bestimmung Pankreatitissassoziertes Protein (PAP)**

EBM-Bewertung	399 Punkte
Preis B€GO	42,01 Euro

**NEU: GOP 01727 – Gezielte molekulargenetische Untersuchung des Cystic Fibrosis Transmembran Regulator-Gens (CFTR-Gens) gemäß Anlage 4a „DNA-Mutationsanalyse“ der Kinder-Richtlinie**

EBM-Bewertung	3.746 Punkte
Preis B€GO	394,45 Euro

- Die Gebührenordnungsposition 01727 ist im Krankheitsfall nicht neben der Grundpauschale bei Probeneinsendung (Gebührenordnungsposition 11301) und der Untersuchung des CFTR-Gens (Gebührenordnungsposition 11351) berechnungsfähig.

**Für alle Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 gilt:**

- Für die Durchführung und Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 ist eine Genehmigung der KVB erforderlich.

Das Antragsformular wurde aktualisiert. Sie finden es unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/N/Neugeborenen-Screening*.

- Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 ist der Nachweis einer vorliegenden Einwilligung der Personenberechtigten (zum Beispiel Eltern) in das erweiterte Neugeborenen-Screening beziehungsweise das Mukoviszidose-Screening erforderlich (Bestätigung über Sammelerklärung).

**Anhebung der Bewertung der U-Untersuchungen**

Aufgrund geänderter Untersuchungs- und Beratungsinhalte wurde die Bewertung der Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01719 und 01723 (U-Untersuchungen) EBM angehoben und gleichzeitig angeglichen. Jede U-Untersuchung wird künftig mit 401 Punkten (42,23 Euro) vergütet.

**Regelung zum Gelben Heft:**

Bei Kindern im ersten Lebensjahr (bis zur U6) verwenden Sie bitte bei der nächsten anstehenden Früherkennungsuntersuchung das neue Gelbe Heft. Bei Kindern, deren U6

bereits erfolgt ist, dokumentieren Sie bitte die neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern in der bisherigen Version des Gelben Hefts („altes“ gelbes Heft). Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen kann auf einer einlegbaren Teilnahmekarte dokumentiert werden.

Kinder- und Jugendärzte können die neuen Gelben Hefte, die Einlegeblätter für die Untersuchungen U7 bis U9 sowie die einlegbaren Teilnahmekarten wie gewohnt über den Kohlhammer-Verlag beziehen.

**Humangenetik und Pathologie**

**Neu: Molekularzytogenetischer Nachweis zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie**

Für die molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie wird eine neue Gebührenordnungsposition in den Abschnitt 19.4.4 EBM (Allgemeine in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen) aufgenommen:

**Neu: GOP 19450 – Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen**

EBM-Bewertung	518 Punkte
Preis B€GO	54,55 Euro

- Je Zielsequenz berechnungsfähig.
- Ist eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung notwendig, kann die Gebührenordnungsposition 19402 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19450 berechnet werden.

### Pränatale zytogenetische Untersuchung neben der Mutations-suche bei Familienmitgliedern berechnungsfähig

Der Abrechnungsausschluss der pränatalen zytogenetischen Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Gebührenordnungsposition 01793 neben der Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutationen nach Gebührenordnungsposition 11518 wird aufgehoben und so die bereits vor dem 1. Juli 2016 bestehende Berechnungsfähigkeit von Untersuchungen auf bekannte Mutationen wieder hergestellt.

Diese Änderung ersetzt jedoch nicht die Anpassung der genetischen in-vitro-Diagnostik in der Mutterschaftsvorsorge an den Stand von Wissenschaft und Technik. Die Anpassungen der genetischen Untersuchungen in den Abschnitten 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge), 1.7.5 (Empfängnisregelung) und 8.5 (Reproduktionsmedizin) sind zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

### Genehmigungspflicht GOP 11235 und 11236

Zum 1. Oktober 2015 wurden die Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 9/2015). Die bisherige Befristung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 ohne das Vorliegen einer Genehmigung wurde nun um ein weiteres Jahr bis zum 1. Januar 2018 verlängert.

### GOP 11449 – Angabe von OMIM-Kodes erforderlich

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen 11511 bis 11514, 11516

bis 11518, 11521, 11522, 19421 bis 19425 und 19451 bis 19456 ist ab dem 1. Januar 2017 **auch bei der Gebührenordnungsposition 11449** sowohl die Art der Erkrankung als auch die Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) anzugeben.

Die OMIM-Angaben sind für jede der oben aufgeführten Gebührenordnungspositionen wie folgt einzutragen:

- Feldkennung **5070**: untersuchtes Gen/Genname (OMIM-G-Kode)
- Feldkennung **5071**: Art der Erkrankung (OMIM-P-Kode)

Sind die von Ihnen dokumentierten OMIM-Kodes in der derzeit gültigen Stammtabelle **nicht** enthalten, nehmen Sie bitte folgende Eintragungen vor:

- Feldkennung **5070** und **5071**: Ersatzwert „9999999“
- Feldkennung **5072**: Gen-Name (als Freitext)
- Feldkennung **5073**: Art der Erkrankung (als Freitext)

**Hinweis:** Die notwendige Angabe der OMIM-Kodes bei der Abrechnung ersetzt nicht die vorherige Genehmigung der Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11449 durch die zuständige Krankenkasse.

### Abrechnungsausschluss „kleiner“ und „großer“ Mutationssuchen im Krankheitsfall

Der Leistungsumfang der „kleinen Mutationssuche“ nach den Gebührenordnungspositionen 11513, 19424 und 19453 ist in der „großen Mutationssuche“ nach den Gebührenordnungspositionen 11514, 19425 und 19454 vollständig enthalten und aus diesem Grund nicht nebeneinander berechnungsfähig.

### Nachweis HLA-B27 (GOP 32931) – ab 1. Juli 2017 nur mittels molekulargenetischer Verfahren

Die Gebührenordnungsposition 32931 ist ab dem 1. Juli 2017 ausschließlich für den molekulargenetischen Nachweis des HLA-B27-Merkmals berechnungsfähig. Bis dahin kann die Gebührenordnungsposition 32931 auch noch für den immunologischen Nachweis auf HLA-B27 berechnet werden.

### Weitere redaktionelle Änderungen

- In der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 19.4 EBM sowie der ersten Bestimmung zum Unterabschnitt 19.4.4 wird klargestellt, dass die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 ausschließlich bei **zyto- und/oder molekulargenetischen Verfahren** zur Indikationsstellung tumorgenetischer Veränderungen berechnungsfähig sind.
- In den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11513, 19424 und 19453 wird klargestellt, dass die häufigkeitsbezogene Abstufung der Leistungen ab der 21. Leistung im Krankheitsfall erfolgt.
- Anpassung der obligaten Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen 11503, 19410 und 19433:
  - Streichung des bisherigen Zusatzes „des Karyotyps“ bei den Gebührenordnungspositionen 11503 und 19410, da die Forderung der Befundung des kompletten Karyotyps auf Grundlage der Untersuchungen nicht sachgerecht ist.
  - Die GOP 19410 wird um den Zusatz „Auswertung von **mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben** oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen

und/oder **drei Metaphasen**“ erweitert.

- Die Beschränkung auf die variablen Regionen des Immunglobulin-Schwerketten-gens (IGHV) bei der GOP 19433 wird aufgehoben.

**Kapitel 37 EBM – Abrechnung durch weitere Fachgruppen ab 1. Januar 2017**

Ab dem 1. Januar 2017 können bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen die Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen des Kapitels 37 EBM durch weitere Fachgruppen berechnet werden:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Neurochirurgie

Ausführliche Informationen zum Berechtigungsverfahren, den Gebührenordnungspositionen, den teilnehmenden Fachgruppen und zum Musterkooperationsvertrag finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen/Pflegeheimversorgung* beziehungsweise unter [www.kvb.de/pflegeheimversorgung](http://www.kvb.de/pflegeheimversorgung).

**Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung – Abrechnung der GOP 30980 und 30988 durch Psychiater ab 1. Januar 2017**

Ab dem 1. Januar 2017 können **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** in Kooperation mit Hausärzten im Ausnahmefall die Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach den Gebührenordnungspositionen 30980

(Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments) und 30988 (Zuschlag für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abrechnen.

Ausführliche Informationen über die Leistungsinhalte und Abrechnungsbestimmungen der einzelnen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.13 EBM finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 6/2016, Seiten 89f, 97ff. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben wir mit Rundschreiben vom 20. Dezember 2016 gesondert informiert.

**Weitere EBM-Änderungen**

**Sozialpädiatrie: GOP 04356 – Änderung der Abrechnungsbestimmung**

Der Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 04356 ist ab 1. Januar 2017 bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur GOP 04417 und GOP 13554**

Nachdem die Beratungen zur Einführung der neuen Qualitätssiche-

rungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V noch andauern, hat der Bewertungsausschuss eine Verlängerung der vereinbarten Übergangsregelung beschlossen. Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554 ist daher weiterhin bis zum 30. Juni 2017 bei Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der „Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V“ möglich.

**Kostenpauschalen 40835 und 40836 – Höherbewertung (siehe Tabelle)**

Der Bewertungsausschuss hat die Bewertung der Kostenpauschalen 40835 und 40836 für den Zeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 sowie ab dem 1. Januar 2018 angehoben und berücksichtigt damit unter anderem die gestiegenen Kosten für Hygienemaßnahmen im Bereich der Infektionsanalyse. Der Bewertungsausschuss überprüft zum 1. Januar 2019, ob eine weitere Anpassung der Kostenpauschalen notwendig ist.

Kostenpauschale	Bewertung bis 31.12.2016 in Euro	Bewertung ab 1.1.2017 in Euro	Bewertung ab 1.1.2018 in Euro
40835	30,00	60,00	90,00
40836	10,00	20,00	30,00

### Anpassung des EBM an die aktuelle Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung

Aufgrund der Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung (QSV) zum 1. Oktober 2016 (siehe KVB INFOS, Ausgabe 10/2016, Seite 157) wurde die Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM in Ziffer 2 und Ziffer 6 entsprechend angepasst:

- Wie bisher gilt, dass die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten soll, vergleiche Paragraph 5 Absatz 6 QSV. Jedoch steht die Prüfung von Fällen, in denen die zwei Jahre überschritten wurden, künftig im Ermessen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. 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, vergleiche Ziffer 2 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM.
- Nach wie vor müssen an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorgehalten werden, vergleiche Paragraph 5 Absatz 2 QSV. Die Vorgabe bezieht sich jedoch künftig nicht mehr auf den Arzt, sondern auf die Einrichtung, vergleiche Ziffer 6 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM. Das bedeutet, dass die vorzuhaltenden Schmerzsprechstunden auch auf mehrere Betriebsstätten (zum Beispiel Hauptbetriebsstätte und Filiale) aufgeteilt werden können.

### Anhang 3 EBM

Die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM werden wegen der Neuaufnahme beziehungsweise der Änderung von Gebührenordnungspositionen angepasst. So wurde der Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans nach der Gebührenordnungsposition 01630 in den Anhang 3 zum EBM aufgenommen und ebenso wie die die neuen Gebührenordnungspositionen 01709 und 01724 bis 01727 der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

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)

### Änderungen des EBM zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit Wirkung zum 1. April 2017 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](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

#### Neu: Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen

Zum 1. April 2017 wurden die Leistungen zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von digital erstellten Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen erstmalig in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

**Voraussetzungen zur Abrechnung**  
 Für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 bedarf es einer **Genehmigung** der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V.

Die Gebührenordnungspositionen können darüber hinaus nur berechnet werden, wenn die **technischen Anforderungen** an den Kommunikationsdienst gemäß der Anlage 31a BMV-Ärzte erfüllt sind.

Erstbefunder und Konsiliararzt müssen folgende Vorgaben erfüllen:

- Die apparative Ausstattung der Bildaufnahme- und Bildwiedergabeeinrichtungen müssen die diagnostische Aussagekraft gewährleisten.
- Zur Sicherstellung datenschutzkonformer Transportwege muss für die Kommunikation ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) verwendet werden.
- Die elektronische Beauftragung und Zweitbefundung eines Telekonsils müssen mit dem **elektronischen Heilberufsausweis** qualifiziert elektronisch signiert werden.
- Die Datenverarbeitung hat in Hinblick auf die Datensicherheit entsprechend den technischen und organisatorischen Vorgaben nach Paragraf 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu erfolgen. Die Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zu beachten.

Der Kommunikationsdienst muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Er muss gewährleisten, dass Anforderungen und Qualitätsstandards bei der digitalen Bildaufzeichnung auch nach der Übermittlung erfüllt werden (das heißt DICOM-Standard).
- Absender und Empfänger müssen eindeutig identifizierbar sein.
- Die digitale Nachricht muss einschließlich personenbezogener Dateien (Bild, Befund) entsprechend den Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik Ende-zu-Ende verschlüsselt sein (Technische Richtlinie 3116-1).
- Perspektivisch muss der Dienst als sogenanntes „Sicheres Übermittlungsverfahren“ von der ge-

matik zugelassen und in der Telematikinfrastruktur (TI) erreichbar sein.

- Solange kein Dienst in der TI verfügbar ist, muss der verwendete Kommunikationsdienst die Anforderungen an Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten gewährleisten und mit einem einschlägigen Zertifikat erfolgreich nachweisen.

#### Wer darf abrechnen?

Vertragsärzte, die zur Abrechnung derjenigen Röntgen- und CT-Leistungen berechtigt sind, für die eine telekonsiliarische Befundbeurteilung eingeholt wird.

#### Wann darf ein Telekonsil durchgeführt werden?

- Wenn die medizinische Fragestellung nicht in das Fachgebiet des Arztes fällt, der das Telekonsil einholt. Hier muss ein Radiologe beauftragt werden.
- Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erforderlich macht. Hier kann ein Radiologe oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt beauftragt werden.

Nicht möglich:

- innerhalb eines MVZ
- innerhalb einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft
- zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis
- innerhalb einer Apparategemeinschaft
- innerhalb eines Krankenhausgeländes
- für radiologische Befundbeurteilungen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von

Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä

**NEU: GOP 34800 – Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä**  
 EBM-Bewertung 91 Punkte  
 Preis B€GO 9,58 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, eine zweimalige Berechnung im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus (Feldkennung 5009)
- nur im Zeitraum von vier Wochen nach den jeweiligen Grundleistungen aus Abschnitt 34.2 beziehungsweise 34.3 berechnungsfähig
- Die GOP 40104 ist für die elektronische Übermittlung von Röntgenaufnahme(n) oder Computertomografieaufnahme(n) im Zusammenhang mit der GOP 34800 nicht berechnungsfähig.
- in derselben Sitzung nicht neben den Kostenpauschalen 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben den anderen neuen GOP für die telekonsiliarische Befundbeurteilung (GOP 34810, 34820 und 34821) berechnungsfähig
- nur bis zu einem begrenzten Punktzahlvolumen je Arztpraxis pro Quartal berechnungsfähig

Die Höhe des Punktzahlvolumens ergibt sich aus 91 Punkten multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis, in denen mindestens eine der jeweiligen Grundleistungen berechnet wurde.

**NEU: GOP 34810 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung	110 Punkte
Preis B€GO	11,58 Euro

**NEU: GOP 34820 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung	276 Punkte
Preis B€GO	29,06 Euro

**NEU: GOP 34821 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung	389 Punkte
Preis B€GO	40,96 Euro

**Bei der Abrechnung der GOP 34810, 34820 und 34821 ist Folgendes zu beachten:**

- je Konsiliarauftrag berechnungsfähig
- Für die Durchführung einer telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320,

34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag für Kontrastmittelgabe beziehungsweise weiterer Serien (GOP 34312, 34343 und 34344) ist ausschließlich die GOP 34821 berechnungsfähig.

- im Behandlungsfall nicht neben den Berichtsleistungen nach den GOP 01600, 01601 und den Kostenpauschalen 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig

### HLA-Typisierung: Absenkung der GOP 32937 zum 1. April 2017

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wird die Bewertung der GOP 32937 (Typisierung eines HLA Klasse I in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung) von 150,- Euro auf 115,- Euro abgesenkt. Damit wird sie in der Bewertung an die inhaltlich entsprechende GOP 32902 angeglichen.

### Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Änderung und Löschung von OPS-Codes

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ist der Operationenschlüssel Version 2017 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2017 neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersicht der neu aufgenommenen und gestrichenen OPS-Codes stellen wir Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/BEGO – EBM* zur Verfügung.

### Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung

von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM 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

## Neue Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 13. Sitzung vom 7. Dezember 2016 die Einführung von drei Schweregradzuschlägen für besonders aufwendige Behandlungsfälle und die Aufnahme von zwei Abklärungspauschalen mit Wirkung zum 1. April 2017 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen 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.

### Neue Abklärungspauschalen

Mit der neuen Pauschale wird die Abklärung einer Behandlungsnotwendigkeit und Koordination einer weiteren Behandlung vergütet. Die neuen Abklärungspauschalen sind nur berechnungsfähig, wenn sich herausstellt, dass die Erkrankung eines Patienten keiner sofortigen Maßnahme (Notfallbehandlung) bedarf, sondern der Patient durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung behandelt werden kann.

Berechnungsfähig am Tag (wochen- tags von 7.00 bis 19.00 Uhr):

- **GOP 01205** (45 Punkte, 4,74 Euro), einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember:

- **GOP 01207** (80 Punkte, 8,42 Euro), einmal im Behandlungsfall

**Bei der Abrechnung der Abklärungspauschalen ist zu beachten:**

- Wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210,

01212, 01214, 01216 und 01218) ist auch bei Abrechnung der neuen Abklärungspauschalen zwingend der Zeitpunkt der Leistungserbringung bei der Gebührenordnungsposition anzugeben (Uhrzeitangabe in Feldkennung 5006).

- Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse sind dieselben wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218). Zudem sind Leistungen, die bildgebende Diagnostik beinhalten (Kapitel 33 und 34) sowie Leistungen der Psychotherapie (Kapitel 35) neben den Abklärungspauschalen ausgeschlossen.
- Wurden bei der ersten Inanspruchnahme die GOP 01205 oder 01207 berechnet, können die Notfallkonsultationspauschalen nach den GOP 01214, 01216 und 01218 bei einer weiteren Inanspruchnahme im Quartal nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnet werden (Feldkennung 5009).

### Neue Schweregradzuschläge

Infolge des Krankenhausstrukturgesetzes sind die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Mit Wirkung zum 1. April 2017 werden drei Schweregradzuschläge für Patienten mit erhöhtem Behandlungsaufwand in den EBM aufgenommen.

Berechnungsfähig am Tag (wochen- tags von 7.00 bis 19.00 Uhr):

- **GOP 01223** (128 Punkte, 13,48 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember:

- **GOP 01224** (195 Punkte, 20,53 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall
- **GOP 01226** (90 Punkte, 9,48 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf und bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind an fest definierte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen geknüpft. Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens einer gesicherten Behandlungsdiagnose (Angabe ICD mit Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit): Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus, Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70), akute tiefe Beinvenenthrombose, hypertensive Krise, Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9), Pneumonie oder akute Divertikulitis. In Ausnahmefällen können die Gebührenordnungspositionen bei Angabe einer ausführlichen, schriftlichen medizinischen Begründung auch für andere schwere und komplexe Behandlungsdiagnosen abgerechnet werden (Feldkennung 5009).

Die Gebührenordnungspositionen 01224 und 01226 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

## ASV-Beschlüsse zum EBM

### Bewertungsänderung GOP 01210

Aufgrund der Einführung der neuen Schweregradzuschläge (GOP 01223, 01224 und 01226) wird zum 1. April 2017 die Bewertung der Notfallpauschale am Tag nach GOP 01210 von bisher 127 Punkte (13,37 Euro) auf 120 Punkte (12,64 Euro) abgesenkt.

Bei Fragen zur 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 folgenden Regelungen werden mit Wirkung zum 1. April 2017 vorbehaltlich einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Frist zwei Monate ab Beschlussdatum) in Kraft treten.

### Neue Struktur des Bereichs VII EBM

Das Kapitel 50 wird wie folgt umbenannt:

#### Anlagenspezifische Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Diese Gebührenordnungspositionen (GOP) dürfen nur bei einer bestimmten ASV-Indikation abgerechnet werden.

Das Kapitel 51 wird neu hinzugefügt:

#### Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Diese GOP dürfen für mehrere ASV-Indikationen übergreifend abgerechnet werden.

#### Überführung von GOP

Folgende bereits aufgenommene Leistungen aus dem Abschnitt 50.2 EBM werden in das Kapitel 51.4 – Behandlung von onkologischen Erkrankungen – überführt:

- GOP 51040 – Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie
- GOP 51041 – Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinä-

ren Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams

### Neuaufnahme von GOP in Kapitel 51

Es wurden Strukturpauschalen aufgenommen (Abschnitt 51.1 EBM):

**Neu:** GOP 51010 – Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft: einmal im Kalendervierteljahr je Patient

EBM-Bewertung	230 Punkte
Preis B€GO	24,22 Euro*

**Neu:** GOP 51011 – Qualitätskonferenzen (Durchführung/Teilnahme): einmal im Kalendervierteljahr je Patient

EBM-Bewertung	15 Punkte
Preis B€GO	1,58 Euro*

#### Wichtiger Hinweis:

Die oben genannten Strukturpauschalen werden von einem koordinierenden Arzt für das gesamte ASV-Team abgerechnet, nicht von jedem einzelnen Arzt. Als koordinierender Arzt kann entweder ein Arzt der Teamleitung oder ein anderes Mitglied des Kernteams festgelegt werden. Wie die Vergütung verteilt wird, regelt das jeweilige ASV-Team selbst.

Weiterhin wurden **psychotherapeutische Leistungen** aufgenommen (Abschnitt 51.3 EBM):

**Neu:** GOP 51030 – Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (analog der GOP 23220, jedoch ohne Mengenbegrenzung): je vollendete zehn Minuten

EBM-Bewertung	108 Punkte
Preis B€GO	11,37 Euro*

**Neu:** GOP 51032 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppen-

## Simultaneingriff bei Operationen der Kategorie 7

behandlung bei Erwachsenen: je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten  
 EBM-Bewertung 74 Punkte  
 Preis B€GO 7,79 Euro\*

GOP 51033 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen: je Teilnehmer, je vollendete 25 Minuten  
 EBM-Bewertung 74 Punkte  
 Preis B€GO 7,79 Euro\*

### Aufnahme eines neuen Anhangs 6

Anhang 6 beinhaltet eine Übersicht zur Zuordnung der Leistungen (GOP) der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der ASV-Richtlinie unter Berücksichtigung der jeweiligen abrechnungsberechtigten Fachgruppen sowie Indikationen und sonstige Anforderungen. Darüber hinaus wird hier geregelt, wie zum Beispiel bei Abweichungen zwischen der Leistungsbeschreibung im Appendix einer Anlage zur ASV-RL einerseits und dem EBM-Anhang 6 andererseits, zu verfahren ist.

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

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

Regelungen zu den Simultaneingriffen finden sich in der Präambel des Anhangs 2 des EBM, der die Zuordnung der operativen Prozeduren zu den ambulanten und belegärztlichen Operationen regelt. Danach dürfen Simultaneingriffe im Zusammenhang mit Eingriffen der Kategorien 1 bis 6 abgerechnet werden, wenn ausweislich des OP- und/oder Narkoseprotokolls die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs überschritten wurde (Nummer 3 in Verbindung mit Nummer 15 des Anhangs).

Für Eingriffe der Kategorie 7 gilt diese Regelung nicht. Abweichend von der vorgenannten Regelung für Eingriffe der Kategorie 1 bis 6 gilt bei Behandlungen der Kategorie 7: Simultaneingriffe dürfen erst mit einer über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehenden Schnitt-Naht-Zeit abgerechnet werden, siehe Präambel Nummer 4. Die Abrechnung eines Simultaneingriffs ist bei dieser Kategorie somit erstmalig nach weiteren 15 Minuten mit Vollendung der 135. Minute zulässig.

Die vorgenannte Nummer 15 der Präambel des Anhangs 2 bezieht sich ausschließlich auf die Zuschläge für die in Nummer 3 genannten Simultaneingriffe im Zusammenhang mit Eingriffen der Kategorien 1 bis 6. Für Eingriffe der Kategorie 7 gilt wegen Nummer 4 der Präambel eine abweichende Regelung.

Weiterführende Informationen zum Thema Simultaneingriffe finden Sie unter [www.kvb.de](http://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

## Blankoformularbedruckung: Antragsverfahren entfällt

### Was ist die Blankoformularbedruckung?

Unter der Blankoformularbedruckung (BFB) versteht man die Formularerzeugung auf unbedrucktem Sicherheitspapier durch die Praxissoftware in Ihrer Arztpraxis unter Verwendung eines Laserdruckers, der sowohl das eigentliche Formular als auch den Formularinhalt generiert.

Sie können am BFB-Verfahren teilnehmen, wenn Ihre Praxissoftware von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die BFB zusätzlich zertifiziert ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Software nur Formulare erstellen dürfen, für die die KBV die Zertifizierung erteilt hat. Die zertifizierten Softwaresysteme sowie die zugelassenen Formulare finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/EDV-Abrechnung*.

### Warum entfällt der Genehmigungsantrag für die Blankoformularbedruckung?

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf den Wegfall zum 1. Januar 2017 geeinigt. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte wurde entsprechend geändert.

### Welche Konsequenzen hat der Wegfall des Genehmigungsantrags?

Der Wegfall der Genehmigungspflicht bedeutet für Sie eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands in Ihrer Praxis. Der Genehmigungsantrag ist nicht mehr erforderlich, da Sie bei Verwendung der BFB ohnehin verpflichtet sind, eine von der KBV zertifizierte Software zu verwenden.

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Trotz Wegfalls der Genehmigungspflicht dürfen Sie weiterhin nur eine von der KBV zertifizierte Software benutzen. Treten dennoch Fehler bei der Erstellung der Formulare auf, informieren Sie bitte uns oder die KBV.

Sie können das Sicherheitspapier in den Größen DIN A4 und DIN A5 über die Firma Kohlhammer – ohne Vorlage eines Genehmigungsschreibens der KBV – beziehen.

### Ergänzende Informationen

Bitte beachten Sie, dass Sie das Sicherheitspapier ausschließlich im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeiten benutzen dürfen. Anderweitige Verwendungen, zum Beispiel zur Privatliquidation, sind nicht zulässig.

Bei Fragen erreichen Sie die KBV-Service-telefonie „IT in der Praxis“ 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 zuletzt Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

#### Lifestyle-Arzneimittel (Anlage II)

- In der Tabelle unter der Indikation „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ wird in der Zeile zum Wirkstoff „A 08 AA 10 Sibutramin“ in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) das Wort „REDUCTIL“ gestrichen, da Reductil nicht mehr im Markt verfügbar ist.
- Die Tabelle unter den Indikationen „sexuelle Dysfunktion“ und „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wird jeweils wie folgt geändert:
  - In der Zeile zum Wirkstoff „Turnera diffusa Dil. D4“ wird in der linken Spalte („Wirkstoff“) die Angabe „Dil. D4“ gestrichen.
  - In der Zeile zu „Turnera diffusa“ werden in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) entsprechend der alphabetischen Reihenfolge die Wörter „Cefagil“ und „Neradin“ sowie bei „Steigerung des sexuellen Verlangens“ zusätzlich „Remisens“ eingefügt.
  - Der Zeile zum Wirkstoff „Turnera diffusa“ wird folgende Zeile angefügt: „Turnera diffusa Kombinationen: Damiana N Oligoplex, Virilis-Gastreu S R41, Yohimbin Vitalkomplex“.
- Die Tabelle unter der Indikation „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wird außerdem wie folgt geändert:
  - In der Zeile zum Wirkstoff „G 03 BA 03 Testosteron“ wird in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) das Wort „Intrinsa“ gestrichen,

da Intrinsa nicht mehr im Markt verfügbar ist.

#### Therapiehinweise (Anlage IV)

- Aufhebung des Therapiehinweises zu Infliximab bei Morbus Crohn

#### Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- belAir® NaCl 0,9 % – Befristung bis 8. November 2021
- Healon®, HEALON5® und „HEALON GV“ – Befristung bis 1. November 2019. Microvis c® plus – Befristung bis 1. September 2020
- OPTYLURON NHS 1,0 % und OPTYLURON NHS 1,4 % – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 1. Juni 2019
- PURI CLEAR – Befristung bis 29. November 2021

#### 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. Die folgenden vom G-BA beschlossenen Nutzenbewertungen traten zuletzt in Kraft:

- Albutrepenonacog alfa/Idelvion®
- Ataluren/Translarna™ – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Blinatumomab/Blinicyto® – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Crizotinib/Xalkori® – neues Anwendungsgebiet
- Daratumumab/Darzalex®
- Elotuzumab/Empliciti®
- Empagliflozin/Jardiance®
- Empagliflozin/Metformin/Synjardy®

## Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden!

- Emtricitabin/Rilpivirin/Tenofoviralafenamid/Odefsey®
- Emtricitabin/Tenofoviralafenamid/Descovy®
- Eribulin/Halaven® – neues Anwendungsgebiet: Liposarkom
- Ibrutinib/Ibruvica® – neues Anwendungsgebiet: Behandlung erwachsener Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie
- Ibrutinib/Imbruvica® – neues Anwendungsgebiet
- Idelalisib/Zydelig®
- Migalastat/Galafold™
- Necitumumab/Portrazza®
- Nivolumab/Opdivo® – neue Anwendungsgebiete – Nierenzellkarzinom, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Melanom
- Obinutuzumab/Gazyvaro® – neues Anwendungsgebiet)
- Osimertinib/Tagrisso®
- Ospemifen/Senshio®
- Ramucirumab/Cyramza® – neues Anwendungsgebiet: Magenkarzinom, Kolorektalkarzinom, Lungenkarzinom
- Saxagliptin/Onglyza® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Saxagliptin/Metformin/Komboglyze® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Selexipag/Upravi®
- Sitagliptin/Januvia®, Xelevia® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Sitagliptin/Metformin/Janumet®/Velmetia® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Talimogen laherparepvec/Imlygic®
- Ticagrelor/Brilique® – neues Anwendungsgebiet: Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei einem Myokardinfarkt (MI) in der Vorgeschichte (Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

Unter [www.kvb.de](http://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 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

Seit der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) im April 2009 gab es immer wieder Änderungen und Ergänzungen einzelner Normen der AM-RL beziehungsweise ihrer Anlagen.

In unserem „Verordnung Aktuell – Übersicht von Präparaten, bei denen von den Krankenkassen Rückforderungsanträge gestellt werden“ finden Sie Arzneimittel, deren Kosten von den Krankenkassen zurückgefordert werden. Diese Liste wurde zuletzt im Januar 2017 aktualisiert. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit!

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)

## Verordnung von Fentanyl-Pflastern

Nach einer aktuellen Auswertung des Bundeskriminalamts ist die Vergiftung durch Fentanyl zu zirka zehn Prozent Ursache der rauschgiftabhängigen Todesfälle, wie uns das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege informierte.

Vor allem im Vertretungsfall kommt es häufig vor, dass Patienten gegen angebliche chronische Schmerzen ein Betäubungsmittel(BtM)-Rezept über Fentanyl-Pflaster verlangen. Das widerrechtliche Erschleichen von Fentanyl-Rezepten durch Abhängige stellt nicht nur einen Betrug an den Krankenkassen, sondern auch einen Straftatbestand nach dem Betäubungsmittelgesetz dar.

Seien Sie bei der Verordnung von Fentanyl-Pflastern daher vorsichtig, insbesondere bei Ihnen unbekanntem Patienten.

Folgende Fragen sollten rechtmäßig behandelte Fentanyl-Patienten, die eine Indikation für die Anwendung eines Betäubungsmittels haben, problemlos beantworten können:

- Von welchem Arzt und wann wurde Ihre letzte Fentanyl-Verordnung ausgestellt? Prüfen Sie eventuell telefonisch, ob diese Arztpraxis wirklich nicht erreichbar ist.
- Wie oft erfolgt ein Pflasterwechsel? Überprüfen Sie die zuletzt verordnete Menge und die Reichdauer.
- In welcher Apotheke haben Sie Ihre letzte Packung Fentanyl-Pflaster bekommen? Halten Sie eventuell Rücksprache mit dieser Apotheke.
- Wo klebt aktuell Ihr Fentanyl-Pflaster? Lassen Sie sich das Pflaster/die Klebestelle zeigen.

Soweit diese Fragen nicht oder nicht plausibel beantwortet werden können, sollten Sie eine Verordnung von Fentanyl-Pflastern sorgfältig abwägen. Falls die Verordnung eines BtM im Vertretungsfall aus medizinischen Gründen durch Sie erfolgen muss, sollte grundsätzlich die kleinstmögliche Menge verordnet werden.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass Fentanyl-Pflaster nicht als Substitutionsmittel zugelassen 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)

## Sprechstundenbedarf

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-V), die zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in unserem „Verordnung Aktuell – Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung: Änderungen und Ergänzungen“ vom 24. Januar 2017 zusammengestellt.

### Änderungen im Vereinbarungstext

Es ergab sich ein Anpassungsbedarf des Vereinbarungstextes unter II. Anwendungsbereich und IV. Verordnung von Sprechstundenbedarf.

#### II. Anwendungsbereich:

Der Punkt 3. c): „Diese Vereinbarung gilt nicht für die ambulante Behandlung durch Leistungserbringer für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Paragraf 116b SGB V)“ wurde um den Halbsatz „soweit es sich um Krankenhausärzte handelt“ ergänzt.

#### IV. Verordnung von Sprechstundenbedarf:

- Grundsätzlich dürfen Produkte, die über den Sprechstundenbedarf bezogen wurden, nicht an Patienten zur Anwendung außerhalb der Praxis ausgehändigt werden.
- Medizinprodukte: Abgabeabschlüsse, die vertraglich oder über Vereinbarungen beziehungsweise Richtlinien geregelt sind, sind auch im Rahmen der SSB-V wirksam.
- Rezepturen sind grundsätzlich verordnungsfähig. Es gelten jedoch die gleichen Einschränkungen wie für aufgeführte Fertigarzneimittel beziehungsweise Wirkstoffgruppen. Es gilt, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten!

## Ausstellen einer Sprechstundenbedarfs-Verordnung

### Änderungen in der „Anlage Sprechstundenbedarf“

Es ergab sich ein Anpassungsbedarf des Vereinbarungstextes unter „Arzneimittel“

- Ätzmittel
- Analgetika
- Sklerosierungsmittel

Unter „Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme“ wurden die Infusionspumpen (nicht verordnungsfähig!) ergänzt.

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)

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* finden Sie unsere neue Ausfüllhilfe zum Muster 16a bay (Sprechstundenbedarfs-Rezept).

Um Ihren Sprechstundenbedarf (SSB) zu verordnen, verwenden Sie bitte ausschließlich das Muster 16a bay!

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)

## Pneumokokken: PCV13 oder PPSV23?

Nach dem derzeitigen Stand der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) erhalten

- als Indikationsimpfung
  - gefährdete Kleinkinder bis einschließlich vier Jahren eine Impfung mit einem Konjugat-Impfstoff
  - gefährdete Personen ab dem fünften Geburtstag PCV13 (Konjugat-Impfstoff) oder PPSV23 (Polysaccharid-Impfstoff)
- als Standardimpfung
  - Personen über 60 Jahre PCV13 oder PPSV23

Die aktuelle Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) lautet:

- Indikationsimpfung bei angeborenen oder erworbenen Immundefekten/Immunsuppression: sequenzielle Impfung mit PCV13, gefolgt von PPSV23 nach sechs bis zwölf Monaten. Gleiches gilt bei anatomischen und Fremdkörperassoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis.
- Indikationsimpfung bei sonstigen chronischen Krankheiten: Impfung mit PPSV23:
  - bis 16 Jahre Impfung mit PCV13, gefolgt von PPSV23 nach sechs bis zwölf Monaten
  - Standardimpfung Erwachsener ab 60 Jahre: Impfung mit PPSV23.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einem Beschluss die Empfehlung der STIKO in die (SI-RL) übernommen, der Beschluss ist jedoch noch nicht in Kraft. Beide Institutionen begründen Ihre Empfehlung/Ihren Beschluss sehr ausführlich.

Im Gegensatz dazu steht die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft

für Infektiologie, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, die in allen Fällen, insbesondere bei der Standardimpfung den PCV13 bevorzugt.

Für die vertragsärztliche Versorgung ist jedoch die SI-RL maßgeblich, die in der derzeit noch gültigen Fassung bei der nicht sequenziellen Impfung sowohl PCV13 als auch PPSV23 erlaubt. Da PPSV23 deutlich preiswerter angeboten wird als PCV13, ist PPSV23 die wirtschaftlichere Alternative und unterstützt die Empfehlung, sich bereits an dem oben genannten Beschluss zu orientieren.

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)

## Meningokokken-B-Impfung

In den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2017, Seite 7, haben wir Sie im Artikel „Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV“ über den Bezug verschiedener Impfstoffe informiert. Dabei ist uns leider ein Fehler unterlaufen. Der Impfstoff gegen Meningokokken B ist nicht über Ihren Sprechstundenbedarf verordnungsfähig!

Bitte verordnen Sie den Meningokokken-B-Impfstoff auf den Namen Ihres Patienten.

In unserem „Verordnung Aktuell – Impfstoffe zulasten der GKV verordnen – Regresse vermeiden!“ vom 16. Dezember 2016 finden Sie die umfassende Information über den korrekten Bezugsweg von Impfstoffen.

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)

## Ausstellen einer Heilmittel-Verordnung

Unsere Ausfüllhilfen wurden an die Änderungen zum 1. Januar 2017 angepasst. Sie finden Sie in den Unterkategorien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie) unter [www.kvb.de](http://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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Heilmittel-Richtlinie: Änderungen zum 1. Januar 2017

Neben den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf (siehe KVB INFOS, Ausgabe 12/2016) wurden kleinere inhaltliche Änderungen umgesetzt.

- Zukünftig ist unter den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 Manuelle Lymphdrainage als 30-Minuten-Einheit (MLD 30) verordnungsfähig. Bis dato konnte nur entweder MLD 45 oder MLD 60 verordnet werden. Dabei mussten jedoch mindestens zwei Extremitäten betroffen sein. Damit künftig auch bei länger dauerndem Behandlungsbedarf die Verordnung von Lymphdrainage bei Betroffenheit von nur einer Extremität möglich ist, wurde das Heilmittel MLD 30 bei den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 ergänzt.
- Verordnungen außerhalb des Regelfalls: Aus Gründen der Klarstellung wurde der Verweis auf den Fristbeginn gestrichen, da er in der Praxis dazu führen könnte, dass die Behandlung bei laufenden Genehmigungsanträgen erst nach Vorlage der Genehmigung durch die Krankenkasse begonnen wird. Die Krankenkasse übernimmt in solchen Fällen bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung, die Kosten der Behandlung (HeilM-RL Paragraf 8 Absatz 4). Folglich ist aufgrund der Kostenzusage durch die Krankenkasse, die Behandlung auch bei laufenden Genehmigungsanträgen innerhalb von 14 Tagen aufzunehmen, damit keine unnötige Unterbrechung der notwendigen Heilmittelbehandlung entsteht und somit die Versorgung der Patienten sichergestellt ist.

- Die derzeitige Formulierung „einschließlich“ hat in der Praxis dazu geführt, dass eine eventuell erforderliche Kompressionsbandagierung teilweise innerhalb und somit zulasten der 30-, 45- oder 60-minütigen Behandlungszeit mit Manueller Lymphdrainage erbracht wird. Mit der Änderung wird klargestellt, dass eine Kompressionsbandagierung im Anschluss an die 30-, 45- oder 60-minütige Lymphdrainage zu erfolgen hat und nicht bereits in der Behandlungszeit am Patienten eingeschlossen ist.

Über diese inhaltlichen Anpassungen hinaus sind zusätzliche kleinere, insbesondere redaktionelle Anpassungen an der Richtlinie (Paragrafen 19, 28, Heilmittelkatalog) vorgenommen worden. Sie können dem Beschluss und den Tragenden Gründen entnommen werden. Diese werden auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/#tab/beschluesse](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/#tab/beschluesse).

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)

## Langfristiger Heilmittelbedarf

Wir haben für Sie häufig gestellte Fragen unserer Mitglieder zum Thema in einem „Verordnung Aktuell“ zusammengetragen und beantwortet. Sie finden die Veröffentlichung unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Verordnungs- und Heilmittelbedarf*.

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)

## Krankenförderung – Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade

Die Krankentransport-Richtlinie hat sich zum 1. Januar 2017 geändert. Das zweite Pflegestärkungsgesetz sieht zum 1. Januar 2017 die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade vor. Durch diese Neuerung war eine Anpassung der Richtlinie erforderlich, die bisher auf Pflegestufen Bezug genommen hat.

Ab 1. Januar 2017 können solche Fahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnet und von den Krankenkassen genehmigt werden. Ihr Patient muss seinen Einstufungsbescheid nach SGB XI vorlegen. Außerdem muss eine dauerhafte Beeinträchtigung seiner Mobilität vorliegen. Dabei können die Mobilitätsbeeinträchtigungen somatische oder kognitive Ursachen haben. Hierbei gilt:

- Bei Pflegegrad 4 und 5 wird die dauerhafte Mobilitätseinschränkung unterstellt.
- Bei Pflegegrad 3 ist diese gesondert festzustellen, denn hier ist sie nicht immer gegeben beziehungsweise muss diese individuell beurteilt werden.

In diesem Zusammenhang wurde eine Bestandsschutzregelung beschlossen. Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, erfüllen die Verordnungsvoraussetzungen. Bei ihnen ist die gesonderte Feststellung der Mobilitätseinschränkung nicht erforderlich.

### Muster 4 – Übergangsregelung

Für Patienten, die einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und die oben genannten Voraussetzungen erfüllen,

darf über den 1. Januar 2017 hinaus auf dem Ordnungsformular das Kästchen „Dauerhafte Mobilitätseinschränkung/Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „Pflegestufe 2 beziehungsweise 3 vorgelegt“ angekreuzt werden.

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

## Medikationsplan: Haftung

Der Erfolg des Medikationsplans hängt ganz erheblich davon ab, dass der Patient alle Arzneimittel angibt, vor allem auch die Selbstmedikation. Der Patient hat jedoch auch die Möglichkeit, bestimmte Medikamente nicht in den Medikationsplan aufnehmen zu lassen. Daher haftet der Arzt auch nicht für die Vollständigkeit des Plans. Die Verantwortung für die verschriebenen Arzneimittel liegt jedoch wie bisher beim jeweils verschreibenden Arzt. Bei Änderungen aufgrund von Rabattverträgen (wenn sich also nur der Name des Präparats ändert) sind Sie nicht zu einer Aktualisierung verpflichtet.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Medikationsplan*.

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)

## Betäubungsmittel für Patienten in Heimen, Hospizen und in der SAPV

Sie haben die Möglichkeit, die Verschreibung über ein Betäubungsmittel (BtM) nicht dem in einem Heim, Hospiz oder in der SAPV lebenden Patienten auszuhändigen, sondern diese entweder selbst oder unter Ihrer Verantwortung durch von Ihnen beauftragtes Personal (zum Beispiel der Pflegeeinrichtung) in der Apotheke vorlegen zu lassen.

Betäubungsmittel, die für die oben genannten Patienten verordnet wurden und nicht mehr benötigt werden, können für einen anderen Patienten dieser Einrichtung erneut verschrieben oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Heim, Hospiz oder in der SAPV zurückgegeben oder in den Notfallvorrat überführt werden (gemäß Paragraf 5c Absatz 1 Satz 1 BtMVV). Das heißt, sie müssen nicht mehr vernichtet werden.

Die Rücknahme unverbrauchter Betäubungsmittel anderer Patienten und deren Wiederabgabe wäre ein Verstoß gegen die BtMVV und wäre strafbar! Diese Betäubungsmittel dürfen nicht etwa an beliebige andere Patienten weitergegeben werden!

Für die Lagerung der jeweiligen Betäubungsmittel, die patientenbezogene Dokumentation und das monatliche Abzeichnen der Dokumentation der betroffenen BtM-Bestände bleiben Sie als der verordnende Vertragsarzt verantwortlich.

Die Apotheke muss den Eingang dokumentieren und benötigt im Fall einer möglichen Wiederverwendung eine erneute ärztliche Verschreibung. Es gilt also auch für den Fall der BtM-Wiederverwendung in Heimen die Verpflichtung aller Beteiligten zur lückenlosen Nachweisdoku-

mentation der Herkunft und des Verbleibs.

Ein „Verordnung Aktuell“ mit Praxisbeispielen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/2017*.

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)

## Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma

Mit der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) wird seit dem 1. Januar 2011 eine Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma durchgeführt. Ziele sind die Förderung der frühzeitigen Diagnosestellung und medikamentösen Basistherapie sowie eine qualitätsgesicherte Gelenksonographie bei Patienten mit entzündlichen Rheumaformen.

Diese Vereinbarung wurde durch die SBK **zum 31. März 2017 gekündigt**. Die zusätzliche Vergütung bei der Behandlung von Versicherten der SBK wird somit letztmalig für das Leistungsquartal 1/2017 gewährt.

Die Zusatzvereinbarung Rheuma, die mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) geschlossen wurde, bleibt hiervon unberührt und läuft unverändert weiter.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Alexander Weidlich unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 47 22  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02  
 E-Mail [Alexander.Weidlich@kvb.de](mailto:Alexander.Weidlich@kvb.de)

## Umstellung von Luer-Verbindern

Das universelle Verbindungssystem Luer kommt täglich in ganz unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Bereichen zum Einsatz. Bislang waren alle Luer-Verbinder identisch, was in der Vergangenheit zu Verwechslungen und damit auch Patientenschäden führen konnte.

Die neue DIN ISO 80369 soll zukünftig dazu beitragen, Fehler zu reduzieren. Die Hersteller sind nun verpflichtet, die Bauart der Systeme so zu verändern, dass unterschiedliche Funktionsteile nicht mehr versehentlich miteinander verbunden werden können (zum Beispiel eine enterale Spritze an einen zentralen Venenkatheter).

Für folgende vier Anwendungsbereiche wurden nun neue Verbindertypen definiert:

- Verbinder für enterale Ernährung
- Atemsysteme und Antriebsgase für respiratorische Systeme
- plethysmographische Blutdruckmessung
- neuroaxiale Anwendungen

Alle Praxen und Gesundheitseinrichtungen müssen im laufenden Versorgungsprozess in den oben genannten Bereichen die komplexe Umstellung von Luer-Verbindern auf die neuen Verbinder vornehmen. Die bestehenden Luer-Verbindungen dürfen zukünftig nur noch für intravasculäre und transdermale Anwendungen weiterverwendet werden.

### Bitte beachten Sie:

Wenn Sie Patienten behandeln, die mit Luer-Verbindern der vier definierten Bereiche versorgt werden, tauschen Sie sich bitte in enger Abstimmung mit den übrigen am Behandlungsprozess Beteiligten, wie zum Beispiel den Mitarbeitern von Alten- oder Pflegeheimen, aus.

Sie finden die Empfehlung „Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder“ in der Lang- und Kurzversion sowie weiterführende Materialien auf der Internetseite des Aktionsbündnisses Patientensicherheit unter [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
E-Mail [Hygiene-Beratung@kvb.de](mailto:Hygiene-Beratung@kvb.de)

## Umschlagverfahren

Das sogenannte Umschlagverfahren wurde verändert: Seit 1. Januar 2017 müssen Ärzte versichertenbezogene Daten, die von Krankenkassen zur Begutachtung angefordert werden, direkt an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) senden.

Diese Neuregelung geht nach einer Übergangszeit auf eine Änderung des Paragraphen 276 Absatz 2 SGB V zurück. Damit wurde einer Forderung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit nachgekommen. Diese hatte beanstandet, dass bei dem Umschlagverfahren die Daten nicht ausreichend geschützt seien.

### Neuer Übermittlungsweg mit Weiterleitungsbogen und Freiumschlag

Der Arzt erhält von der Krankenkasse neben dem Anschreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung durch den MDK hervorgeht, einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen, der unter anderem die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten umfasst.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben dafür das **neue Muster 86 („Weiterleitungsbogen“)** in der Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbart. Dieser Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung an den zuständigen MDK als auch der internen automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten beim MDK, sodass die eingehenden Befunde und ärztlichen Unterlagen korrekt zugeordnet werden können.

## „Gesund schwanger“ – weitere Krankenkassen dabei

Der Vertragsarzt fügt dem Weiterleitungsbogen lediglich die angeforderten Unterlagen in Kopie bei und schickt diese direkt an den MDK, nicht mehr wie bisher in einem separaten Umschlag an die Krankenkasse. Für den Versand der Unterlagen an den MDK stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt auch weiterhin einen Freiumschlag zur Verfügung – ab 1. April 2017 jedoch verbindlich im Format C5. Das konnte die KBV durchsetzen und reagiert damit auf Kritik aus der Ärzteschaft, wonach vielfach keine oder zu kleine Umschläge von den Krankenkassen bereitgestellt wurden.

Bitte beachten Sie: Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen verbindlich, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand der Unterlagen an den MDK ohne Vorlage dieser Informationen ist vor allem mit Blick auf den Datenschutz nicht mehr zulässig.

Liegen beim Arzt weitere für die Beurteilung durch den MDK relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos den Unterlagen für den Gutachter beigelegt 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

Folgende Krankenkassen nehmen ab 1. April 2017 an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil:

- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse

Bereits aktuell teilnehmende Krankenkassen sind:

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

Sie können sich über die aktuell an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teilnehmenden Krankenkassen jederzeit auf der Internetseite der KVB informieren. Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/ Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen/Gesund schwanger* finden Sie außerdem alle weiteren Informationen sowie die notwendigen Formulare zum Download.

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](mailto:Zusatzvertraege@kvb.de)

## Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hat auf seiner Internetseite [www.zi.de](http://www.zi.de) die aktualisierten Haus- und Facharztthesauren Version ICD-10-GM-2017 mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen bereitgestellt. Sie können die Thesauren dort herunterladen.

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)

## 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:

- 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:

- 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:

- 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

## Notfalltraining für das Praxisteam

- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management in 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

### Termine Modul V:

- 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:

- 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

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

## Refresher Notfalltraining für das Praxisteam

- 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

- 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

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.

- 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

- 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

### 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

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.

- 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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

### 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

- 5. April 2017  
KVB Bayreuth
- 26. April 2017  
KVB München

## 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

**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

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Operativ tätige fachärztliche Praxen

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

#### Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

#### DMP

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

#### Fachseminare

Fortbildung Impfen

Hautkrebsscreening

#### Kooperationen, Recht und Wirtschaft

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft (für Psychotherapeuten)

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

#### Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Praxisführung leicht gemacht – Informationen für neu niedergelassene Ärzte

#### Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

#### Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

#### Verordnung

Verordnungen I – Workshop Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. April 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Poolärzte	kostenfrei	29. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	24. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	28. April 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	25. März 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	5. April 2017	13.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	30. März 2017	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	25. März 2017 1. April 2017	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg München
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	29. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	15. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
OZ-Moderatoren	kostenfrei	5. April 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg



# KVBIINFOS 04|17

## ABRECHNUNG

- 54 Die nächsten Zahlungstermine
- 54 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017
- 56 Änderungen des EBM zum 1. April 2017
- 57 Farbduplex-Zuschlag (GOP 33075)
- 58 Änderungen im Geriatrischen Praxisverbund

## VERORDNUNG

- 58 Wirkstoffvereinbarung – Arbeitslisten Generikaziele

## IT IN DER PRAXIS

- 59 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

## ALLGEMEINES

- 60 Neuer Service: Hygieneplan für Arztpraxen

## SEMINARE

- 61 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 63 Notfalltraining für das Praxisteam
- 64 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 65 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 66 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

**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

**11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 2017

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. April 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 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](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.

### Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März 2016 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 weiterhin 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.

### Hinweis:

Aufgrund einer Neuerung bei der Verordnung von Heilmitteln zum 1. Januar 2017 – Verwendung von zertifizierten Verordnungs-Softwareprogrammen (gemäß Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä) – wurde der Wortlaut der Sammelerklärung entsprechend ergänzt.

Für den Fall, dass Ihnen zum 1. Januar 2017 noch keine zertifizierte Heilmittelsoftware zur Verfügung stand, haben die Partner des Bundesmantelvertrags eine Übergangslösung vereinbart (Protokollnotiz zu Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä), nach der übergangsweise bis längstens 31. März 2017 eine nicht zertifizierte Heilmittelsoftware genutzt werden kann und damit die in der Sammel-

erklärung enthaltene Bestätigung (gemäß Paragraf 30 Absatz 8 Satz 2 BMV-Ä) unschädlich ist.

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*.

**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](mailto: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](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)

## Änderungen des EBM zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 389. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2017 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](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

### Diabetologie: Kontinuierliche Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM)

Mit Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Aufnahme der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) ist diese seit dem 7. März 2017 Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung geworden. Der Bewertungsausschuss hat daraufhin mit Wirkung zum 1. April 2017 drei neue Gebührenordnungspositionen 03355, 04590 und 13360 für die Anleitung eines Patienten beziehungsweise einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM in den EBM aufgenommen. Die drei Leistungen sind inhaltsgleich. Bei der Festlegung der Bewertung und Prüfzeit wurde berücksichtigt, dass der Arzt die Anleitung/Schulung des Patienten entsprechend den Vorgaben der MVB-RL teilweise an das Praxispersonal delegieren kann.

### Neue GOP – Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)

EBM-Bewertung	72 Punkte
Preis B€GO	7,58 Euro

- je vollendete zehn Minuten berechnungsfähig
- höchstens zehnmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Sofern Sie nicht eine der unten genannten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen führen oder nicht bereits über eine Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 verfügen, benötigen Sie für die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen eine **durch die KVB vorab erteilte Genehmigung**. Hierfür ist ein Nachweis über die Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ und/oder der Nach-

weis über die erfolgte Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ erforderlich.

Das Antragsformular für die Genehmigung der GOP 03355, 04590 und 13360 „Glukosemessung mit Real-Time-Messgerät (rtCGM)“ stellen wir Ihnen in Kürze unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Glukosemessung mit Real-Time-Messgerät (rtCGM)* zur Verfügung.

Informationen über die Verordnung des rtCGM-Geräts finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 12/2016, Seite 192, sowie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017 („Verordnung Aktuell“)*.

Zur Abrechnung befugte Fachgruppen	Neue GOP
<b>Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin (HA) jeweils</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder</li> <li>■ mit der Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“</li> </ul>	03355
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und Diabetologie oder</li> <li>■ Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder</li> <li>■ der Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“</li> </ul>	04590
<b>Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</b> <b>Andere Fachärzte für Innere Medizin (FA)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder</li> <li>■ der Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“</li> </ul>	13360

## Farbduplex-Zuschlag (GOP 33075)

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 33075 kann als Zuschlag für die farbcodierte Untersuchung zu den Sonographien nach GOP 33070 bis 33074 berechnet werden. Die GOP 33075 ist **nur einmal** je abgerechneter GOP 33070 bis 33074 berechnungsfähig.

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

### Kidernephrologie: Neuer Zuschlag ab 1. April 2017

Zukünftig soll Kinderärzten der Aufwand im Zusammenhang mit dem besonderen Versorgungsauftrag für die kindernephrologische Betreuung angemessen vergütet werden. Hierfür wurde mit Wirkung zum 1. April 2017 ein Zuschlag zur Versichertenpauschale 04000 in den EBM aufgenommen.

**NEU: GOP 04563 – Zuschlag zur Versichertenpauschale nach GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags gemäß Paragraph 3 Absatz 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten)**

EBM-Bewertung 950 Punkte  
 Preis B€GO 100,04 Euro

■ einmal im Behandlungsfall

### Telemedizin: Videosprechstunde ab 1. April 2017

Bereits ab 1. April 2017 kann die Videosprechstunde zur Verlaufskontrolle als neue telemedizinische Leistung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt werden. Früher als vorgesehen haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf eine Vergütungsregelung geeinigt und eine entsprechende Anpassung des EBM beschlossen.

Näheres zu den zwei neuen Gebührenordnungspositionen im EBM und zu den Voraussetzungen für die Abrechnung von Videosprechstunden erläutern wir Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

### Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten in Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 04563 wird 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Änderungen im Geriatrischen Praxisverbund

Wir möchten Sie über die folgenden Änderungen im Geriatrischen Praxisverbund (GPV) informieren:

- Der GPV wird gemeinsam mit den teilnehmenden Krankenkassen perspektivisch in die neue Vergütungssystematik überführt. Vertragsärzte, die an der kooperativen Pflegeheimversorgung interessiert sind, können nun im Rahmen eines Kooperationsvertrags gemäß der Anlage 27 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraf 119b SGB V die Versorgung ihrer Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen übernehmen (siehe Kapitel 37 EBM).
- Die Förderung des GPV endet für folgende teilnehmende Krankenkassen zum 31. März 2017:
  - Barmer
  - Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- Ab 1. April 2017 können Teilnehmer des GPV die Ziffern für Versicherte der folgenden teilnehmenden Krankenkassen abrechnen. Die Abrechnung ist von den Teilnehmern, die noch keine Berechtigung für Kapitel 37 EBM beantragt haben, nur für Patienten in den von der KVB anerkannten Einrichtungen möglich:
  - AOK Bayern
  - BKK Landesverband (außer SBK)
  - Knappschaft
  - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Sofern Teilnehmer die Berechtigung für die Abrechnung der Leistungen gemäß Kapitel 37 EBM bereits erhalten haben, erlischt die Genehmigung zur Abrechnung der GPV-Ziffer für den jeweiligen Patienten der stationären Pflegeeinrichtung, mit der ein Vertrag

geschlossen wurde. Eine Doppelabrechnung ist ausgeschlossen.

- Durch die bisherige Teilnahme am GPV erhalten Haus- und Fachärzte nicht automatisch die Berechtigung für Kapitel 37 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Wirkstoffvereinbarung – Arbeitslisten Generikaziele

Wir haben Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung* zu jedem einzelnen Generikaziel eine sogenannte „Arbeitsliste“ mit dem Stand des vierten Quartals 2016 eingestellt. Die „Arbeitslisten“ helfen Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden und geben Ihnen Hinweise auf Rabattverträge, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware diese Informationen nicht bereits liefert.

Mit dem nun gültigen ersten Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung werden als Generika zugelassene Arzneimittel nur noch bis zur Festbetragsgrenze als wirtschaftlich betrachtet. Über dem Festbetrag liegende Generika werden wie Originale behandelt, es sei denn, es besteht ein Rabattvertrag. Neu ist daher die Spalte „Generika über Festbetrag möglich“. Ihre Arzneimittel-datenbank zeigt bei jedem Fertig-arzneimittel an, ob Mehrkosten anfallen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend stellen wir Ihnen erneut aktuelle Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: x Installationen in der Statistik bedeutet, dass x Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 4/2015 wurden insgesamt 18.386 Installationen vermerkt, im Quartal 4/2016 waren es 18.633. Zum Jahresende 2016 waren insgesamt 111 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 4/2015 zu 4/2016
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.453	18,53%	+136
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.571	13,80%	-9
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.716	9,21%	-39
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.599	8,58%	-22
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	944	5,07%	-32
6	ALBIS	CompuGroup Medical	906	4,86%	-9
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	843	4,52%	-7
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	624	3,35%	-32
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	564	3,03%	-41
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	450	2,42%	-9

### Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 4/2015 bis 4/2016	Installationen gesamt (Stand 4/2016)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+136	3.453
2	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+68	75
3	Med7	Bitron GmbH	+57	219
4	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+46	252
5	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+45	56
6	RescuePro	RescuePro Production GbR	+44	126
7	Elefant	HASOMED GmbH	+40	263
8	tomedo	zollsoft GmbH	+21	90
9	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+14	160
10	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+13	160

## Neuer Service: Hygieneplan für Arztpraxen

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat eine Mustervorlage zum Erstellen eines Hygieneplans für die Arztpraxis ausgearbeitet. Diese Mustervorlage bildet fachübergreifende Hygieneaspekte einer Praxis ab, die auf der Analyse und Bewertung potenzieller Infektionsgefahren beruhen.

Der Musterhygieneplan berücksichtigt die zum Erscheinungstermin aktuellen rechtlichen Vorgaben und gibt den allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik wieder. Ziel ist es, den Verantwortlichen in Arztpraxen ein Unterstützungs- und Serviceangebot zum Erstellen des praxisinternen Hygieneplans an die Hand zu geben.

In der Mustervorlage werden fachübergreifende hygienerrelevante Abläufe einer Praxis detailliert dargestellt. Die Regelungen beschreiben allgemeine, aber auch spezielle Hygienemaßnahmen. Sie berücksichtigen die normativen Vorgaben sowohl zum Patienten- als auch zum Arbeiterschutzes und erstrecken sich über:

- Maßnahmen der Basishygiene
- baulich-funktionelle Gestaltung
- Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten
- Aufbereitung von semikritischen und kritischen Medizinprodukten

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erstellung Ihres praxisindividuellen Hygieneplans die Gegebenheiten in Ihrer Praxis und überprüfen Sie alle Inhalte auf deren Übereinstimmung. Passen Sie die Muster individuell an. Sie können die Inhalte selbst ergänzen oder entsprechend löschen.

Die Mustervorlage des Hygieneplans steht Ihnen als PDF unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Hygiene und Medizinprodukte/Hygienechecks und Hygienepläne* zur Verfügung.

Dieser Musterhygieneplan kann von KVB-Mitgliedern bei der Hygieneberatung auch als Word-Dokument angefordert werden. Bitte senden Sie uns hierfür eine E-Mail mit dem Betreff „Hygieneplan allgemein“ an [Hygiene-Beratung@kvb.de](mailto:Hygiene-Beratung@kvb.de).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 19  
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 63 19  
 E-Mail [Hygiene-Beratung@kvb.de](mailto:Hygiene-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 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:

- 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:

- 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:

- 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 Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6  
Teilnahmegebühr: 85,- Euro

#### Termine Modul V:

- 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:

- 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

- 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 zusätzlich 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.

- 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

- 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

### 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

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

- 26. April 2017  
KVB München
- 31. Mai 2017  
KVB Würzburg

- 28. Juni 2017  
KVB Regensburg
- 18. Oktober 2017  
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](http://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 den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

**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

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Konservativ tätige fachärztliche Praxen

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

#### Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

#### DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

#### Fachseminare

Prüfungen im Vertragsarztbereich

Fortbildung Impfen

#### IT und Online

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

#### Kooperationen, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Ärztlicher Leiter im MVZ - welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten habe ich?

#### Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

#### Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

#### Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Mai 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Poolärzte	kostenfrei	10. Mai 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Mai 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	28. April 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	5. bis 6. Mai 2017	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
		5. bis 6. Mai 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	6. Mai 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	6. Mai 2017	9.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
		13. Mai 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	13. Mai 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Mai 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	17. Mai 2017	15.00 bis 20.00 Uhr	München
		20. Mai 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Mai 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		17. Mai 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
		26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Mai 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Mai 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	13. Mai 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		13. Mai 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. April 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	10. Mai 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg



# KVBIINFOS 05|17

## ABRECHNUNG

- 70 Die nächsten Zahlungstermine
- 70 Vorquartalsfälle: Hinweis zur Verjährung
- 70 Änderungen des EBM zum 1. April 2017
- 75 Genehmigung der erweiterten Mutationssuche

## VERORDNUNG

- 75 Arzneimittel – frühe Nutzenbewertungen
- 75 Verordnung von Cannabis
- 76 Generika über Festbetrag
- 77 Orientierungsrahmen Blutzuckerteststreifen
- 77 Kostengünstige LHRH-Analoga
- 77 Indikationsimpfung Haemophilus influenzae Typ B
- 78 Heilmittel – besonderer Verordnungsbedarf
- 78 Heilmittel – FAQ
- 78 Bedruckung von Verordnungen

## QUALITÄT

- 79 Qualitätszirkel-Handbuch: neue Module online

## ALLGEMEINES

- 80 Rückwirkend ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

## SEMINARE

- 81 KVB-Hygienetag 2017 in München
- 82 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 84 Notfalltraining für das Praxisteam
- 84 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 85 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 86 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

- 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
- 11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 2017

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

## Vorquartalsfälle: Hinweis zur Verjährung

Bitte berücksichtigen Sie, dass gemäß Paragraf 3 Absatz 4 der Abrechnungsbestimmungen der KVB die Abrechnung von Behandlungsfällen nach Ablauf von neun Monaten, vom Ende des Quartals an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen ist.

Bei Einreichung nach diesem Zeitraum ist die Verjährung eingetreten und der Behandlungsfall kann daher nicht mehr vergütet werden.

Beispiel: Alle für das Quartal 3/2016 bis einschließlich 30. September 2016 erbrachten Leistungen können nur noch bis zum 30. Juni 2017 eingereicht werden, da nach diesem Zeitpunkt die Verjährung eintritt. Bitte beachten Sie, dass bei dieser Konstellation die Nachtragsabrechnungen zur Fristwahrung gegebenenfalls separat, das heißt unabhängig von der regulären Quartalsabrechnung, eingereicht werden müssen.

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)

## Änderungen des EBM zum 1. April 2017

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 50. Sitzung und der Bewertungsausschuss in seiner 391. und 392. Sitzung noch Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (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 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. Unsere Rundschreiben finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben*.

## Strukturreform Psychotherapie

### Neue Gebührenordnungspositionen für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung

#### GOP 35151 – Psychotherapeutische Sprechstunde laut Paragraf 11 Psychotherapie-Richtlinie

EBM-Bewertung 406 Punkte  
 Preis B€GO 42,75 Euro

- als Einzelbehandlung
- je vollendete 25 Minuten berechnungsfähig
- im Krankheitsfall maximal 150 Minuten (sechsmal) berechnungsfähig, bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr maximal 250 Minuten (zehnmal)
- im Krankheitsfall bis zu 100 Minuten (viermal) auch mit rele-

vanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder des Jugendlichen berechnungsfähig (Kennzeichnung der Gebührenordnungspositionen mit Buchstaben „B“ 35151B).

- nicht neben anderen Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechenbar
- am Behandlungstag nicht neben der antragspflichtigen Psychotherapie berechnungsfähig

**GOP 35152 – Psychotherapeutische Akutbehandlung laut Paragraf 13 Psychotherapie-Richtlinie**  
 EBM-Bewertung 406 Punkte  
 Preis B€GO 42,75 Euro

- als Einzelbehandlung
- je vollendete 25 Minuten berechnungsfähig
- im Krankheitsfall maximal bis zu 600 Minuten (24 Mal) berechnungsfähig
- nicht neben anderen Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechenbar
- am Behandlungstag nicht neben der antragspflichtigen Psychotherapie berechnungsfähig
- bei Einbezug von Bezugspersonen Kennzeichnung der Gebührenordnungspositionen mit Buchstaben „B“ (35152B)

**Neuer Strukturzuschlag zur Deckung der Aufwendungen für Praxispersonal**

**GOP 35254 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152**  
 EBM-Bewertung 69 Punkte  
 Preis B€GO 7,27 Euro

Die psychotherapeutischen Strukturzuschläge werden automatisch durch die KVB zugesetzt. Sie brauchen daher auch den neuen Zuschlag nicht selbst in Ihre Abrechnung ein-

tragen. Die Zusetzung des Zuschlags nach Gebührenordnungsposition 35254 erfolgt – unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen für ihre Vergütung – zu jeder abgerechneten Gebührenordnungsposition 35151 und/oder 35152 EBM.

- Für die Vergütung des neuen Strukturzuschlags gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die bereits bestehenden Strukturzuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35251 bis 35253, das heißt, es muss eine bestimmte Mindestpunktzahl von abgerechneten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und/oder der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen im Quartal abgerechnet worden sein (bei vollem Tätigkeitsumfang 162.734 Punkte, bei hälftigem Tätigkeitsumfang 81.367 Punkte).

**Anpassung von Gebührenordnungspositionen an die neue Psychotherapie-Richtlinie**

- Probatorische Sitzungen:
  - Die Probatorische Sitzung kann im Krankheitsfall (also aktuelles Quartal plus nachfolgende drei Quartale) bei Erwachsenen höchstens viermal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens sechsmal berechnet werden.
- Kurzzeittherapien umfassen zukünftig bis zu 24 Therapieeinheiten (bisher 25 Einheiten).
- Gruppentherapien:
  - Die Gruppengröße wurde einheitlich auf drei bis neun Teilnehmer festgelegt (kleine Gruppe bei mindestens drei und höchstens vier Teilnehmern, große Gruppe ab fünf

bis höchstens neun Teilnehmer). Ein neues Vergütungssystem für Gruppentherapien, das auch eine höhere Honorierung vorsieht, soll zum 1. Juli 2017 eingeführt werden.

- Die Gebührenordnungspositionen für kleine Gruppen sind nicht mehr nur auf Kinder und Jugendliche beschränkt, sondern können auch bei Erwachsenen angesetzt werden.
- Einzel- und Gruppensitzungen können kombiniert werden.

**Kennzeichnung der Rezidivprophylaxe**

Bis zu zwei Jahre nach Abschluss einer Langzeittherapie kann ein begrenzter Anteil von Therapieeinheiten aus diesem Langzeitkontingent genutzt werden, um Rückfälle des Patienten zu vermeiden (maximal acht Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 40 Stunden oder mehr, maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer von 60 Stunden oder mehr). Das Datum des Abschlusses der eigentlichen Langzeittherapie muss der Krankenkasse bekannt gegeben werden.

**Bitte kennzeichnen Sie die Gebührenordnungspositionen der Langzeittherapie mit dem Buchstaben „R“** (zum Beispiel B. 35221R) in Ihrer Abrechnung, wenn Sie diese als Rezidivprophylaxe erbringen. Bei **Einbezug von Bezugspersonen** kennzeichnen Sie bitte anstelle der üblichen B-Kennzeichnung die jeweiligen Gebührenordnungspositionen der Rezidivprophylaxe mit dem **Buchstaben „U“** (zum Beispiel 35221U).

### Übergangsregelung für vor dem 1. April 2017 beantragte Psychotherapien

Psychotherapie-Kontingente, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, dürfen nach den Vorgaben der alten Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt werden. Für sie gelten folgende Übergangsregelungen:

#### Kurzzeittherapie als Einzel- und Gruppentherapie:

- Es können bis zu 25 Sitzungen abgerechnet werden, wenn ein solches Therapiekontingent vor dem 1. April 2017 beantragt wurde.
- Diese Regelung gilt für Einzel- und Gruppentherapien.

Bitte kennzeichnen Sie die 25. Sitzung der Kurzzeittherapie mit dem Buchstaben „L“ (zum Beispiel 35200L) in der Abrechnung, wenn es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt. Bei **Einbezug von Bezugspersonen** kennzeichnen Sie die jeweiligen Leistungen bitte mit dem Buchstaben „S“ (zum Beispiel 35200S).

#### Gruppentherapie:

- Gruppentherapien im Rahmen einer **Verhaltenstherapie** können auch mit zwei Teilnehmern durchgeführt werden, wenn diese Leistung vor dem 1. April 2017 beantragt worden ist. Bitte rechnen Sie hier die Gebührenordnungspositionen für die kleine Gruppe ab.

#### Probatorische Sitzungen:

- Probatorische Sitzungen, die vor dem 1. April 2017 begonnen wurden, können bis zu fünfmal für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für

die Verhaltenstherapie und bis zu achtmal für analytische Psychotherapie durchgeführt werden.

Bitte kennzeichnen Sie die **Gebührenordnungspositionen der Probatorik mit dem Buchstaben „L“** (zum Beispiel 35150L) in der Abrechnung, wenn es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt. Bei **Einbezug von Bezugspersonen** kennzeichnen Sie die jeweiligen Leistungen bitte mit dem Buchstaben „S“ (zum Beispiel 35150S).

#### Darmkrebs-Früherkennung: Neuer immunologischer Stuhltest iFOBT

- Der Guajakbasierte Test (gFOBT) darf ab dem 1. April 2017 nicht mehr zur Darmkrebsfrüherkennung verwendet werden. Die entsprechende Gebührenordnungsposition 01734 wird gestrichen.

Hinweis: Im kurativen Bereich kann der Guajakbasierte Test (gFOBT) nach der Gebührenordnungsposition 32040 ebenso wie die Kostenpauschale 40150 für ausgegebene Testbriefchen, die nicht wieder eingereicht werden beziehungsweise nicht auswertbar sind, noch übergangsweise bis zum 1. Oktober 2017 abgerechnet werden. Danach kommt auch im kurativen Bereich ausschließlich der neue quantitative immunologische Stuhltest (iFOBT) zum Einsatz.

- Der **immunologische Stuhltest (iFOBT)** kann nur von Vertragsärzten durchgeführt und abgerechnet werden, die über eine **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen verfügen**.
  - Fachärzte für Laboratoriums-

medizin müssen für die Abrechnung der neuen Leistungen bei bestehender Laborgenehmigung für die Abschnitte 32.3 beziehungsweise 1.7 EBM keinen gesonderten Antrag stellen.

- Alle übrigen Fachärzte mit einer Speziallabor-Genehmigung müssen die Abrechnung der neuen Gebührenordnungsposition gesondert beantragen. Das Antragsformular finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/L/ Genehmigungsantrag Laboratoriumsuntersuchungen*. Zur Erteilung der Genehmigung müssen grundsätzlich die Vertragsärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin) erfolgreich an einem Kolloquium teilnehmen.
- Das **Merkblatt** nach Anlage III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie ist entfallen und ist daher nicht mehr auszugeben.
- Hausärzte können den iFOBT-Test auch im Rahmen des Check-up 35 ausgeben, sofern die Patienten bereits 50 Jahre alt sind.

#### Neue Gebührenordnungspositionen

**GOP 01737 – Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D.III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, einschließlich Beratung**

EBM-Bewertung 57 Punkte  
Preis B€GO 6,00 Euro

- Berechnungsfähig von Hausärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Hautärzten und Urologen.
- Neben der Ausgabe ist auch die Rücknahme des Stuhlprobenent-

nahmesystems und die Veranlassung der Laboruntersuchung obligater Leistungsinhalt. Das bedeutet, dass die Gebührenordnungsposition 01737 dann nicht berechnungsfähig ist, wenn die Stuhlprobe vom Patienten nicht zurückgegeben wird.

- Das Stuhlprobenentnahmesystem wird vom Labor bezogen. Die Kosten hierfür sind in der Laborleistung enthalten.
- Im Behandlungsfall nicht neben dem kurativen iFOBT nach Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig.
- Die Anspruchsvoraussetzungen für die Untersuchung nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bleiben unverändert.

**GOP 01738 – Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der KFERL einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß**

EBM-Bewertung 75 Punkte  
Preis B€GO 7,90 Euro

- Nur für die präventive Laborbestimmung berechnungsfähig.
- Abrechenbar von Laborärzten und Vertragsärzten mit einer Laborgenehmigung für die jeweiligen Leistungen.
- Einmal im Krankheitsfall und im Behandlungsfall nicht neben dem kurativen iFOBT nach Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig.
- Die Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß sind in der Laborleistung enthalten. Eine Erstattung von Kosten für nicht zurückgegebene Entnahmesysteme (alte Kostenpauschale 40150) ist zukünftig nicht mehr gegeben.

- Nur berechnungsfähig bei Anwendung eines Tests, für den die Erfüllung der Kriterien bezüglich der Sensitivität und Spezifität sowie der Probenstabilität und die Handhabbarkeit nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (Paragraf 39 Absatz 1 in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 21. Februar 2017) mit mindestens einer aussagekräftigen Studie **nachgewiesen ist**. Der Hersteller des Testverfahrens muss dem Laborarzt nachweisen, dass diese Anforderungen erfüllt werden, entweder durch eine entsprechende Erklärung unter Angabe der Studiendaten oder durch eine Publikation im Peer-Review-Verfahren.
- Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01738 müssen zudem **die Testergebnisse der iFOBT in vollständigen Quartalsberichten** unter Angabe des verwendeten Tests (Produktname, Reagenzcharge, Schwellenwert und Herstellererklärung), Gesamtzahl der untersuchten Proben, Gesamtzahl der nicht verwertbaren Proben und Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (zum Beispiel Ringversuche) nach Paragraf 39 Absatz 5 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie **mit der Quartalsabrechnung an die KV übermittelt werden**.

Hierzu erhalten Sie von uns noch gesonderte Informationen.

**GOP 32457 – Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß**

Preis B€GO 6,21 Euro

- Für die Laborbestimmung bei kurativer Untersuchungsindikation berechnungsfähig.
- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben den Präventionsleistungen Gebührenordnungsposition 01737 und 01738 berechnungsfähig.

**Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT**

Ein positiver iFOBT ist nicht die Bestätigung für das Vorliegen eines kolorektalen Karzinoms, sondern sollte gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie durch eine Koloskopie abgeklärt werden. Diese Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT kann als Früherkennungs-Koloskopie nach Gebührenordnungsposition 01741 abgerechnet werden.

- Bitte kennzeichnen Sie die **Gebührenordnungsposition 01741 (beziehungsweise 01741M) mit dem Buchstaben „A“ in der KVDT-Feldkennung 5023**, wenn Sie diese Untersuchungen als Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT erbringen.

Für die Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT gelten die gleichen Qualitätssicherungsvorgaben und Dokumentationspflichten, wie sie für die koloskopischen Leistungen zur Früherkennung in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien geregelt sind. Die bisherige Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie

wurde daher um ein Feld zur Erfassung der Indikationsstellung erweitert. Künftig kreuzen Ärzte an, ob es sich um eine „Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung“ handelt oder um eine „Koloskopie nach positivem iFOBT“.

### Herzschrittmacher-Funktionsanalysen: Keine Obergrenze bei Strahlentherapie

Die Begrenzung der Funktionsanalysen eines implantierten Kardioverters, Defibrillators, eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) und/oder eines Herzschrittmachers auf fünfmal im Krankheitsfall entfällt ab dem 1. April 2017 für Patienten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird. Damit wird den aktuellen Leitlinien Rechnung getragen, die bei diesen Patienten zusätzliche Funktionsanalysen nach der Strahlentherapie fordern, da die Geräte durch die Bestrahlung gestört werden können.

- Bitte kennzeichnen Sie die **Gebührenordnungspositionen 04417 und 04418 beziehungsweise 13552 und 13554 mit dem Buchstaben „J“** (04417), (04418J), (13552J), (13554J) in der Abrechnung, wenn Sie die Funktionsanalysen bei Patienten erbringen, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird.
- Wenn Sie als Kinder- und Jugendmediziner mit mehreren Schwerpunkten/Zusatzweiterbildungen diese Gebührenordnungspositionen neben Leistungen aus den anderen Abschnitten 4.4.2 bis 4.5.5 EBM abrechnen beziehungsweise als Internist mit mehre-

ren Schwerpunkten diese Gebührenordnungspositionen neben Leistungen aus den anderen Abschnitten der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung abrechnen, tragen Sie bitte in diesen Fällen mit einer gleichzeitigen Strahlentherapie die Gebührenordnungspositionen 04417 und 04418 beziehungsweise 13552 und 13554 mit dem Buchstaben „K“ (04417K, 04418K, 13552K, 13554K) in Ihre Abrechnung ein.

- Als Begründung ist der ICD-10-Code der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

### Einzelleistung für Medikationsplan auch für Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträger

Die Gebührenordnungsposition 01630 als Einzelleistung für die Erstellung eines Medikationsplans kann ab dem 1. April 2017 auch als Zuschlag zu der Zusatzpauschale für die Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers nach Gebührenordnungsposition 13439 einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

### Kompressionstherapie: Rückwirkende Anpassung der ICD-10-Codes ab 1. Januar 2017

Die Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 30401 (Intermittierende apparative Kompressionstherapie) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2017 angepasst. Grund hierfür ist, dass mit der Version 2017 des ICD-10-GM neue beziehungsweise differenzierte ICD-Codes für das erworbene Lymph-

ödem (I89.0-, I89.00, I89.01, I89.02, I89.03, I89.04, I89.05, I89.08, I89.09), das hereditäre Lymphödem (Q82.0-, Q82.00, Q82.01, Q82.02, Q82.03, Q82.04, Q82.05, Q82.08, Q82.09) und die chronisch venöse Insuffizienz (I87.2-, I87.20, I87.21) in die Diagnosenklassifikation aufgenommen wurden. Die seit dem 1. Januar 2017 gültigen ICD-Codes sind bereits in Ihrem Praxisverwaltungssystem hinterlegt.

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)

## Genehmigung der erweiterten Mutationssuche

Die erweiterten Mutationssuchen der konstitutionellen (GOP 11449 und 11514) und tumorgenetischen (GOP 19425) Diagnostik sind seit dem 1. Juli 2016 nur im begründeten Einzelfall möglich. Der Versicherte muss sich nach den derzeitigen EBM-Bestimmungen die Untersuchung von seiner Krankenkasse genehmigen lassen und ein wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten einreichen.

Zur Unterstützung unserer Mitglieder haben wir zusammen mit den Krankenkassen in Bayern, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Bayern und den bayerischen Vertretern des Berufsverbands der Humangenetiker ein **Muster für den Antrag** auf die erweiterte Mutationssuche und ein **Muster für das ärztliche Gutachten** erstellt sowie den Ablauf des Antrags- und Genehmigungsverfahrens abgestimmt.

Die abgestimmten Muster sowie die Informationen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Reform* unter dem Stichwort „Humangenetik“.

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)

## Arzneimittel – 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 belegen.

Für die abgeschlossenen Nutzenbewertungsverfahren des **dritten Quartals 2016** haben wir die Wirkstoffübersicht A-Z unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung* um folgende Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen ergänzt:

- Afamelanotid
- Brivaracetam
- Empagliflozin
- Empagliflozin/Metformin
- Ibrutinib
- Idelalisib
- Mepolizumab
- Necitumumab
- Osimertinib
- Ramucirumab
- Ticagrelor
- Umeclidinium
- Vismodegib

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Verordnung von Cannabis

Seit 10. März 2017 ist es jedem Vertragsarzt unabhängig seiner Fachrichtung möglich, Cannabis zu lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verordnen. Eine besonderer Qualifikationsnachweis soll nicht erforderlich sein.

Durch die neue Regelung erhalten Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie Arzneimitteln mit den synthetischen cannabinoiden Wirkstoffen Dronabinol und Nabillon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
  - a) nicht zur Verfügung steht,
  - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Patienten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Vor der ersten Verordnung muss die Leistung durch die Krankenkasse genehmigt sein. Eine Ablehnung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Über die Anträge soll innerhalb von drei bis fünf Wochen entschieden werden (gegebenfalls zusammen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, MDK). Verordnet der Vertragsarzt Cannabis im Rahmen der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV), ist über den An-

trag auf Genehmigung innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden.

Auch in Deutschland zugelassene Fertigarzneimittel (zum Beispiel Sativex®) fallen unter diese Regelung. Ob über den gesetzlich definierten Leistungsanspruch ableitbar ist, dass auch importierte Cannabis-Präparate zulasten der GKV verordnet werden dürfen, lässt sich derzeit nicht abschließend bewerten. Bislang gehören entsprechende Importe von in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln nach Paragraph 73 Absatz 3 Arzneimittelgesetz (AMG) entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur in sehr eng definierten Einzelfällen zum Leistungsumfang der GKV. Es ist Aufgabe des Patienten, bei seiner Krankenkasse eine Genehmigung einzuholen und diese in der Apotheke vorzulegen.

#### **Begleiterhebung:**

Der Vertragsarzt muss den Patienten in einem persönlichen Gespräch vor der ersten Verordnung über die Begleiterhebung informieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat das hierfür zu verwendende Informationsblatt auf seiner Internetseite eingestellt. Das Informationsblatt ist dem Patienten auszuhändigen.

Zu Beginn der Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln sind noch keine Daten im Rahmen der Begleiterhebung zu übermitteln. Die betroffenen Patienten sind lediglich über die Durchführung der Begleiterhebung zu unterrichten. Dabei ist insbesondere das Verfahren der anonymisierten Übermittlung der Daten an das BfArM zu erläutern. Die Therapie selbst kann somit ohne

jede weitere Auflage, allein nach der üblichen ärztlichen Praxis, begonnen werden.

Ausführliche Informationen und die Patienteninformation zum Download finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel A-Z/Arzneimittelwirkstoffe mit C/Cannabis*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Generika über Festbetrag

Mit dem nun gültigen ersten Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung werden als Generika zugelassene Arzneimittel nur noch bis zur Festbetragsgrenze als wirtschaftlich betrachtet. Über dem Festbetrag liegende Generika werden wie Originale behandelt, außer es besteht ein Rabattvertrag.

Sollte ein von Ihnen namentlich verordnetes Generikum, das unter dem Festbetrag liegt, in der Apotheke aufgrund eines Rabattvertrags gegen ein über dem Festbetrag liegendes Generikum ausgetauscht werden, hat der Rabattvertrag Vorrang, das heißt für die Zielerreichung wird das abgegebene rabattierte Generikum positiv gezählt.

Generika über dem Festbetrag werden in der Trendmeldung zur Wirkstoffvereinbarung unter Ihren „TOP-Arzneimitteln“ aufgelistet. In den Arbeitslisten zu den Wirkstoffzielen mit Generikaquote haben wir diese Arzneimittel für Sie gekennzeichnet. Bei Arzneimitteln über Festbetrag hat Ihr Patient die Mehrkosten zu tragen, auch wenn er von der Zahlung befreit ist. Der Bundesmantelvertrag verpflichtet den Arzt, den Patienten darauf hinzuweisen, dass er die Mehrkosten zu übernehmen hat. Die Arbeitslisten finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung*.

Ihre Arzneimitteldatenbank zeigt bei jedem Fertigarzneimittel an, ob Mehrkosten anfallen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
 E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Orientierungsrahmen Blutzuckerteststreifen

Der bisherige Orientierungsrahmen wurde aufgrund rechtlicher Änderungen überarbeitet und angepasst. Sie finden ihn unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/2017*. Er ist nur mithilfe Ihres Mitglieder-Logins aufrufbar.

Beispielsweise finden Sie im neuen Orientierungsrahmen ergänzende Informationen zur Verordnung eines Blutzuckermessgeräts und zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen.

Die im Orientierungsrahmen schon bisher angegebene Anzahl an Blutzuckerteststreifen bei den einzelnen Therapieregimen haben sich nicht verändert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Kostengünstige LHRH- Analoge

Was ist unter kostengünstigen LHRH-Analoga zu verstehen? Zur Behandlung des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms stehen derzeit folgende Wirkstoffe/Präparate zur Verfügung (Stand: 1. März 2017):

- Buserelin/Profact®
- Leuprorelin/Enantone®, Trenantone®, Sixantone®, Eligard®, Leuproprone HEXAL®, Leupro Sandoz®
- Goserelin/Zoladex®
- Triptorelin/Decapeptyl®, Pamorelin®

Re-Importpräparate wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mit aufgeführt.

Ein weiteres Leuprorelin-Präparat, Lutrate Depot®, ist zur palliativen Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms zugelassen.

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 21. März 2017 beantworten wir die Eingangsfrage ausführlich.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Indikationsimpfung Haemophilus influenzae Typ B

In der Schutzimpfungs-Richtlinie ist die Haemophilus influenzae Typ B-Impfung auch als Indikationsimpfung „für Personen mit anatomischer oder funktioneller Asplenie“ vorgesehen. Bis dato war allerdings in Deutschland hierfür kein Impfstoff verfügbar. Daher wurde auch keine Impzfiffer vergeben.

Seit einiger Zeit gibt es wieder in Deutschland zugelassene HIB-Mono-Impfstoffe (Act-HIB®). Somit könnte die HIB-Indikationsimpfung (funktionelle oder anatomische Asplenie) wieder im Sinne des Sachleistungsprinzips, das heißt Impfstoff auf Einzelverordnung und Abrechnung der Impfleistung über eine GOP, erfolgen.

Folgende Impzfiffer ist vergeben: „Haemophilus influenzae Typ B – sonstige Indikationen“: 89104B

Die Ziffer ist ab sofort – mit folgender Einschränkung – abrechenbar:

- Die Impfung wird nur für Patienten der Ersatzkassen vergütet. Der Bezug des Impfstoffs erfolgt über **Einzelverordnung**.
- Patienten der Regionalkassen müssen vor Durchführung der Impfung die Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse individuell klären, das heißt Verordnung auf Privatrezept und Leistung gegen Privatrechnung.

Eine Übersicht der Abrechnungsziffern finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Heilmittel – besonderer Verordnungsbedarf

Aus aktuellem Anlass greifen wir das Thema Genehmigungsverfahren für Verordnungen eines besonderen Verordnungsbedarfs auf.

Ein spezielles Genehmigungsverfahren für besondere Verordnungsbedarfe ist nicht vorgesehen. Lediglich bei den Krankenkassen, die auf eine generelle Genehmigung aller Verordnungen außerhalb des Regelfalls bestehen, gilt das Genehmigungsverfahren auch für den besonderen Verordnungsbedarf.

Eine Übersicht zu diesen Krankenkassen finden Sie unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) in der Rubrik *Krankenversicherung/Ambulante Leistungen/Heilmittel/Genehmigung außerhalb des Regelfalls/Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Heilmittel – FAQ

In unserem Verordnung Aktuell vom 8. März 2017 beantworten wir die uns besonders häufig gestellten Fragen zum besonderen Verordnungsbedarf und zum langfristigen Heilmittelbedarf.

Unsere FAQ werden laufend aktualisiert. Sie finden sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Verordnungs- und Heilmittelbedarf*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Bedruckung von Verordnungen

Immer wieder teilen uns Krankenkassen mit, dass Verordnungen unleserlich oder nicht korrekt ausgefüllt wurden. Dies kann im schlimmsten Fall dazu führen, dass ein falsches Medikament abgegeben oder ein falsches Heilmittel angewendet wird.

Bitte achten Sie daher unbedingt auf das leserliche und korrekte Ausfüllen Ihrer Verordnungen!

Zu verschiedenen Verordnungsvordrucken wie Heilmitteln und Arzneimitteln finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Formelles* sogenannte Ausfüllhilfen, die Sie in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen sollen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 30  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 400 31  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Qualitätszirkel-Handbuch: neue Module online

Qualitätszirkel (QZ) stellen für Ärzte und Psychotherapeuten eine gute Möglichkeit dar, sich mit Kollegen über wichtige medizinische Themen fachlich auszutauschen, Netzwerke zu bilden oder auch neues Wissen zu erwerben. Begleitet werden die Qualitätszirkel von ausgebildeten Moderatoren, die ihre Qualitätszirkelarbeit anhand von über 30 thematischen Modulen gestalten können. Die Module verstehen sich als Empfehlung und bieten dem Moderator Hilfestellung bei der Vorbereitung und Durchführung seiner Qualitätszirkelsitzungen. Ein Modul setzt sich mit einem bestimmten Thema auseinander und vermittelt in einer einheitlichen Struktur grundlegende Informationen dazu.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) arbeitet zusammen mit niedergelassenen Ärzten und externen Experten an neuen Modulen. Aktuell wurden von der KBV die zwei neuen Module „Suchtmittelgebrauch“ und „Ethikberatung im Qualitätszirkel“ veröffentlicht.

Alle bisherigen Module und Moderationsmedien, wie Präsentationen oder Flipchart-Vordrucke, stehen auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Service/Service für die Praxis/Qualität/Qualitätsszirkel (QZ)/Für QZ-Moderatoren/QZ-Module* zum Download bereit. Im Vergleich zur gedruckten Version des Handbuches können neue Regelungen in die Online-Version schneller eingearbeitet und einfacher auf dem aktuellen Stand gehalten werden.

Darüber hinaus gibt es für Bayern drei weitere Module, die nicht im QZ-Handbuch der KBV aufgeführt sind:

- Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)
- Die Kunst der Kommunikation – Tipps für Qualitätszirkelmoderatoren
- Palliativmedizin

Gerne stellen wir Ihnen diese Module zur Verfügung. Bitte senden Sie uns bei Interesse eine E-Mail mit dem Betreff „KVB-Module“ an [QZ-Beratung@kvb.de](mailto:QZ-Beratung@kvb.de).

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätszirkel*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 67 23  
 E-Mail [QZ-Beratung@kvb.de](mailto:QZ-Beratung@kvb.de)

## Rückwirkend ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Immer wieder beanstanden Arbeitgeber oder auch die Jobcenter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU), die für – teils erheblich – rückwirkende Zeiträume ausgestellt wurden. In Einzelfällen wird auch gegen die ausstellenden Ärzte strafrechtlich vorgegangen, wie den Medien zu entnehmen ist, wobei die Gerichte zum Teil nicht unerhebliche Geldstrafen aussprechen.

Paragraf 5 Absatz 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) sieht vor, dass die Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten ärztlichen Inanspruchnahme liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden soll. Wenn doch, ist die Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

Soweit eine Rückdatierung im zulässigen Umfang des Paragrafen 5 Absatz 3 AU-RL vorgenommen wird, müssen eindeutige medizinische Anhaltspunkte ersichtlich sein und dokumentiert werden, die für eine bereits bestehende Arbeitsunfähigkeit sprechen. Sind diese Anhaltspunkte nicht ersichtlich beziehungsweise ergeben sich aus medizinischer Sicht Zweifel an einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit, ist von einer rückwirkend ausgestellten AU Abstand zu nehmen. Es liegt vielmehr in der Verpflichtung des Patienten, rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen, gegebenenfalls auch zu den Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, um seine Arbeitsunfähigkeit möglichst tagaktuell feststellen zu lassen.

Paragraf 5 Absatz 3 AU-RL regelt zudem ausdrücklich, dass Versicherern, die entgegen ärztlicher Aufforderung ohne triftigen Grund nicht zum vereinbarten Folgetermin erscheinen, eine rückwirkende Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit versagt werden kann. In diesem Fall ist von einer erneuten Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die durch eine Erstbescheinigung zu attestieren ist.

Für die Beurteilung eines Krankengeldanspruchs ist die lückenlose Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen, wenn die ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

Bitte berücksichtigen Sie immer, dass der jeder AU anhaftende Beweiswert mit zunehmender Rückwirkung abnimmt und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung letztendlich auch ins Leere laufen kann.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Thomas Huber unter

Telefon	09 41 / 39 63 – 1 95
Fax	09 41 / 39 63 – 6 81 95
E-Mail	Thomas.Huber@kvb.de

## KVB-Hygienetag 2017 in München

Die KVB richtet ihre jährliche Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Praxismitarbeiter zu Fragestellungen im Bereich Hygiene und Infektiologie dieses Jahr am Samstag, den 13. Mai, aus. Thema ist: „Antibiotika-Verordnung in der ambulanten Versorgung“.

Folgende Fachvorträge stehen auf dem Programm:

- Antibiotika-Verordnung in Bayern: Daten und Beratungsangebote der KVB
- Diagnostik bei Infektionskrankheiten: POCT, Mikrobiologie – wann und wie?
- Infektionen der Harnwege
- Infektionen im HNO-Bereich
- Resistente Erreger: MRSA und Konsorten – Informationsmaterialien für Patienten
- Infektionen der oberen und unteren Atemwege
- Haut- und Weichgewebe-Infektionen – Antibiotikaprophylaxe im Ambulanten Operieren
- Kasuistiken mit Fragestellungen an das Auditorium: Wie hätten Sie therapiert?

Für Ärzte sind bei der Bayerischen Landesärztekammer CME-Fortbildungspunkte beantragt. Hygienebeauftragte Ärzte in Einrichtungen für Ambulantes Operieren kommen bei Teilnahme am KVB-Hygienetag der Verpflichtung zur Fortbildung auf dem Gebiet der Infektionshygiene gemäß Paragraf 12 Bayerische MedHygV nach. Der Hygienetag kann auch genutzt werden für die seit diesem Jahr von Ärzten im Ambulanten Operieren im Rahmen der Einrichtungsbefragung im „sQS-Verfahren: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ geforderte Teilnahme an einer Informationsver-

anstaltung zum Thema „Antibiotika-Resistenzlage und Therapie“.

Die Veranstaltung findet statt am Samstag, den **13. Mai 2017, von 9.30 bis 16.00 Uhr** in den Räumen der KVB-Landesgeschäftsstelle München, Elsenheimerstraße 39. Die Teilnahmegebühr beträgt 35,- Euro.

Weitere Informationen zur Anmeldung und zum Programm finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Über uns/Veranstaltungen/KVB-Hygienetag 2017*.

## 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:

- 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:

- 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:

- 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. 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 Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6  
Teilnahmegebühr: 85,- Euro

#### Termine Modul V:

- 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:

- 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

- 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 zusätzlich 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

- 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 Diensterfahrung 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

- 31. Mai 2017  
KVB Würzburg
- 28. Juni 2017  
KVB Regensburg

- 18. Oktober 2017  
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](http://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 den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

**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

Prüfungen im Vertragsarztbereich

#### Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

#### DMP

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma/COPD

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - Hypertonie

#### Fachseminare

Fortbildung Impfen

#### IT und Online

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

#### Kooperationen, Recht und Wirtschaft

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/PT

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft

#### Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum

#### Praxisführung

Praxisführung leicht gemacht - Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxisführung in der PT-Praxis - Informationen und Tipps

#### Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

#### Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Mai 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Mai 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juni 2017	17.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	24. Juni 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	30. Juni 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Juli 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	19. Mai 2017 bis 20. Mai 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	20. Mai 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Juni 2017 28. Juni 2017	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	31. Mai 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	21. Juni 2017 28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2017 24. Juni 2017	9.30 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing Würzburg
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	1. Juli 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	31. Mai 2017 28. Juni 2017 28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Straubing Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Juni 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	20. Mai 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	20. Mai 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg



# KVBIINFOS 06|17

## ABRECHNUNG

- 90 Die nächsten Zahlungstermine
- 90 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017
- 92 Digitales Muster 10/10a ab Quartal 3/2017

## VERORDNUNG

- 93 Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig
- 94 Verordnung von Cannabis: Korrektur
- 94 Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)
- 95 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 95 Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen
- 96 Rückruf der Fastjekt® Autoinjektoren
- 96 Vorsicht beim Switching!
- 96 Rehabilitation: Neues Serviceheft der KBV
- 96 Verordnung von Schuheinlagen

## SEMINARE

- 97 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 99 Notfalltraining für das Praxisteam
- 100 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 101 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 102 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

### 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

### 11. Dezember 2017

Abschlagszahlung November 2017

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. Juli 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

Im 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) 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 Eingang 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](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)

## Digitales Muster 10/10a ab Quartal 3/2017

Ab 1. Juli 2017 können Sie Ihre Laboraufträge nach Muster 10 und 10a digital ausstellen und übermitteln. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung in der neuen „Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke“ (Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) geeinigt.

Sie können selbst entscheiden, ob die Vordrucke für Laboraufträge (Muster 10) und Laboranforderungen (Muster 10a) in Ihrer Praxis konventionell bedruckt, per Blankoformularbedruckung oder digital erstellt, übermittelt und empfangen werden.

**Folgende technischen Anforderungen sind für die digitalen Vordrucke zu erfüllen:**

- Als Äquivalent zur persönlichen Unterschrift muss die **digitale Laborüberweisung (Muster 10)** mit einer **qualifizierten elektronischen Signatur des elektronischen Heilberufsausweises** versehen werden. Eine **Ausnahme** gilt lediglich für Anforderungen von Laboruntersuchungen in Laborgemeinschaften auf **Muster 10a**: Diese dürfen Ärzte ohne Signatur versenden, weil der anfordernde Arzt ja selbst Mitglied der Laborgemeinschaft ist.
- Für die Übermittlung der digitalen Vordrucke müssen Sie einen sicheren Übertragungsweg mit einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung verwenden, der auch eine eindeutige Identifikation von Absender und Empfänger erlaubt und eine elektronische Transportsignatur einsetzt. Wenn ein entsprechender Dienst in der Telematikinfrastruktur (TI)

erreichbar ist, muss dieser verwendet werden. Solange die TI noch nicht steht, darf ein sicherer Dienst außerhalb der TI verwendet werden, zum Beispiel der Kommunikationsdienst KV-Connect.

- Zur Nutzung digitaler Vordrucke darf nur eine durch die KBV zertifizierte Software eingesetzt werden.

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](mailto:Online-Dienste@kvb.de)

## Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig

Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat die Mischpreisbildung für Arzneimittel für rechtswidrig erklärt. Gegenstand der Entscheidung war der Erstattungsbetrag für das nutzenbewertete Arzneimittel Eperzan® (Albiglutid) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 mit mehreren Patientengruppen.

Vorgeschichte: Das Ergebnis der Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen. Das heißt, es finden Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller des nutzenbewerteten Arzneimittels statt. Kommt es zu keiner Einigung der beiden Parteien entscheidet die Schiedsstelle. Im vorliegenden Fall hatte der GKV-Spitzenverband gegen das Ergebnis der Festsetzung des Erstattungsbetrags durch die Schiedsstelle vor dem LSG Berlin-Brandenburg geklagt.

Das LSG entschied: Bildet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem Beschluss zur Nutzenbewertung Patientengruppen mit und ohne Zusatznutzen, darf der Erstattungsbetrag nicht per Mischpreisbildung zustandekommen, da dieser Preis für die Patientengruppen ohne Zusatznutzen zu hoch wäre. Aus dem Vorhandensein eines Erstattungsbetrags darf nicht automatisch auf die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung in allen Anwendungsgebieten geschlossen werden. Vertragsärzte würden sich unwirtschaftlich verhalten, wenn sie ein Arzneimittel in Patientengruppen ohne Zusatznutzen verordnen, bei

denen der Mischpreis höher als der Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie liegt. Zur Klarstellung könne der G-BA die Verordnungsfähigkeit einschränken oder einen Therapiehinweis beschließen. Dies sei auch schon mit der bisherigen Rechtslage möglich.

Der Beschluss wurde im Eilverfahren getroffen. Es ist nun das Hauptsacheverfahren abzuwarten, wobei es eine Entscheidung voraussichtlich im Sommer dieses Jahres geben wird. Eine Revision beim Bundessozialgericht wird möglich sein.

Als Konsequenz dieser Entscheidung ist nicht auszuschließen, dass Krankenkassen Verordnungen in Teilanwendungsgebieten oder Patientengruppen ohne Zusatznutzen als unwirtschaftlich ansehen.

### Achtung: Falschinformationen im Umlauf!

In Bezug auf unser „Verordnung Aktuell“ vom 12. April 2017 „Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig“ müssen wir Sie dringend darauf hinweisen, dass ein oder mehrere gefälschte Dokumente – mutmaßlich zu Werbezwecken – im Umlauf sind. Diese sollen den Anschein erwecken, dass der Inhalt von der KVB stammt. Es geht um zwei Dokumente von uns, die wahrscheinlich technisch zusammenkopiert wurden und unser Logo tragen mit dem Datum 12. April 2017. Das ursprünglich richtige Dokument behandelt das Urteil zur Mischpreisbildung. Nun wurde dieses Dokument – völlig zusammenhanglos – um unsere Berichte zur Frühen Nutzenbewertung ergänzt. Inhaltlich geht es um die heftig umworbenen Neuen Oralen Antikoagulantien (NOAK), wobei der Leser davon überzeugt werden soll, dass nur

eines der derzeit vier verschiedenen Präparate bevorzugt Verwendung finden soll. Beachten Sie bitte, dass zudem die Aussagen in Widerspruch zu den Vorgaben der Wirkstoffvereinbarung stehen.

### Dieses gefälschte Dokument stammt nicht von uns!

Die eventuell daraus zu ziehenden Schlüsse dienen Werbezwecken einzelner Mitbewerber und gehören nicht zu einer wirtschaftlichen Empfehlung der KVB. Lassen Sie sich nicht durch dieses aggressive Gebaren irritieren.

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)

## Verordnung von Cannabis: Korrektur

In den KVB INFOS 5/2017 hatten wir Sie unter der Überschrift „**Verordnung von Cannabis**“ über die neue, seit 10. März 2017 gültige gesetzliche Regelung informiert. Dabei ist uns leider ein Fehler unterlaufen: Der Text zählte die Voraussetzungen kumulativ auf, nach dem Gesetzestext sind die Voraussetzungen aber alternativ.

**Richtig muss es also heißen:** Durch die neue Regelung erhalten Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie Arzneimitteln mit den synthetischen cannabinoiden Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
  - a) nicht zur Verfügung steht **oder**
  - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustands des Patienten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

In unserer Publikation Verordnung Aktuell „Verordnung von Cannabis“ finden Sie umfassende Informationen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel A bis Z/Arzneimittelwirkstoffe mit „C“/Cannabis*.

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)

## Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Mit dem neuen HHVG hat der Gesetzgeber den Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Unverändert bleibt, dass minderjährige Personen grundsätzlich einen Anspruch auf Sehhilfenversorgung haben. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ergeben sich diverse Änderungen:

- Der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse bleibt auf Personen beschränkt, die für die Ferne eine Sehschärfe von 0,3 oder weniger haben. Maßgeblich ist allerdings nicht mehr die bestkorrigierte Sehschärfe mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen, sondern nur noch die Korrektur mit Brillengläsern. Der Anspruch besteht also auch, wenn mit Brille eine Sehschärfe von maximal 0,3, mit Kontaktlinsen aber eine bessere Sehschärfe erreicht werden kann.
- Anspruch auf Sehhilfen erhalten auch Patienten mit Myopie oder Hyperopie (Kurz- oder Weitsichtigkeit), die eine Sehhilfe mit mehr als +/- sechs Dioptrien benötigen.

Patienten mit Hornhautverkrümmung (Astigmatismus) sind bereits anspruchsberechtigt, wenn sie Sehhilfen mit mehr als vier Dioptrien benötigen.

Das Gesetz sieht außerdem vor, dass die Krankenkassen bei Ausschreibungen im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung neben dem Preis auch die Versorgungsqualität berücksichtigen müssen. Der Patient soll eine Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln haben. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten künftig über die Verträge und Leistungsansprüche besser informie-

ren. Das Hilfsmittelverzeichnis soll überarbeitet und künftig kontinuierlich gepflegt werden.

Das Gesetz zur Heil- und Hilfsmittelversorgung sieht unter anderem die modellhafte Einführung der Blankoverordnung von Heilmitteln vor. In jedem Bundesland sind dazu Modellvorhaben zwischen Krankenkassen- und Heilmittelerbringerverbänden vorgesehen. Auf Basis der ärztlichen Diagnose- und Indikationsstellung sollen die Therapeuten das Heilmittel auswählen und auch über Therapiedauer (Menge) und Behandlungsfrequenz bestimmen.

Das neue Gesetz enthält außerdem eine Definition für Verbandstoffe.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss die verschiedenen Themen des Gesetzes nun in die entsprechende Richtlinie der vertragsärztlichen Versorgung integrieren. Erst wenn dies geschehen ist, entfalten die neuen gesetzlichen Regelungen ihre volle Wirkung. Sobald es hierzu Details gibt, werden wir Sie informieren.

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 der Arzneimittel-Richtlinie

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

### Therapiehinweise (Anlage IV)

Therapiehinweise konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot beim Einsatz insbesondere neuer, meist hochpreisiger Wirkstoffe sowie Therapieprinzipien in der ambulanten Versorgung und sind von den Vertragsärzten zu beachten. Die Hinweise informieren über den Umfang der arzneimittelrechtlichen Zulassung, über Wirkung, Wirksamkeit sowie Risiken und geben Empfehlungen zur wirtschaftlichen Versorgungsweise, zu Kosten sowie gegebenenfalls notwendigen Vorichtsmaßnahmen.

Es wurde zuletzt ein Therapiehinweis **Alemtuzumab** in die Anlage IV aufgenommen.

### Medizinprodukte (Anlage V) – Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

- Macrogolratiopharm flüssig Orange® – neue Aufnahme
- VISMED®, VISMED® MULTI – Befristung bis 15. Januar 2022
- OPTYLURON NHS 1,0%; OPTYLURON NHS 1,4% – Befristung bis 1. Juni 2019
- PURI CLEAR – Befristung bis 29. November 2021
- ALCON BSS – neue Aufnahme, Befristung bis 14. Dezember 2017
- BSS PLUS® – Befristung bis 8. April 2022
- BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG – Befristung bis 8. April 2022
- ProVisc® – Befristung bis 8. April 2022

### 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.

Im März und April 2017 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten (Stand: 24. April 2017):

- Extrakt aus Cannabis sativa – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Carfilzomib – neues Anwendungsgebiet
- Certinib
- Crizotinib
- Ibrutinib – neues Anwendungsgebiet
- Idelalisib – neues Anwendungsgebiet
- Sofosbuvir/Velpatasvir
- Teduglutid – neues Anwendungsgebiet
- Trifluridin/Tipiracil
- Lenvatinib – neues Anwendungsgebiet
- Macitentan – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50 Millionen Euro Grenze

Detaillierte Informationen zu den nutzenbewerteten Wirkstoffen finden Sie unter [www.kvb.de](http://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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen

„Wirkstoff AKTUELL“ ist eine Publikation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Sie enthält Hinweise zu Indikationen, therapeutischem Nutzen und Preisen von zugelassenen Arzneimitteltherapien. Die Publikation finden Sie unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Mediathek/Publikationen.

Die aktuelle Ausgabe beschäftigt sich mit „Rationaler Antibiotikatherapie bei Infektionen der unteren Atemwege“.

Grundlagen dafür sind korrekte Diagnosestellung, kritisch abwägende Indikationsstellung zum Einsatz von Antibiotika, Wahl des geeigneten Antibiotikums sowie Verlaufskontrolle und Festlegung der Behandlungsdauer. Eine kritische Indikationsstellung dient nicht nur dem Patienten, sondern reduziert das Risiko der Selektion resistenter Erreger und verringert auch die Kosten.

Zu jedem Wirkstoff AKTUELL können Vertragsärzte an einer mit bis zu zwei CME-Punkten zertifizierten Online-Fortbildung teilnehmen, die Sie im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter dem Punkt „KBV Fortbildungsportal“ finden.

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)

## Rückruf der Fastjekt® Autoinjektoren

Bereits im April veröffentlichte die Firma Meda Pharma GmbH & Co. KG den Rückruf von Fastjekt®/Fastjekt® Junior. Sie wurden in einem Rote-Hand-Brief darüber informiert. Möglicherweise liegen Auffälligkeiten bei der Aktivierung des Pens vor. Vorsorglich werden die betroffenen Chargen auch vom Patienten zurückgerufen.

### Was müssen Sie beachten?

Folgende Chargen sind vom Rückruf betroffen:

- Fastjekt®, 1 Stück, PZN 03680917; Ch.-B.: 6FA292E
- Fastjekt® Junior 1 und 2 Stück, PZN 00581250 und 09738919; Ch.-B.: 5ED824AT, 5ED824J, 5ED824K, 5ED824W, 6ED117D

Der Austausch des möglicherweise defekten Arzneimittels darf laut Bundesgesundheitsministerium nur **bei erneuter Vorlage einer Verordnung** in der Apotheke vorgenommen werden.

Diese Verordnung wird nicht erneut beliefert. Bitte rezeptieren Sie dazu Fastjekt®/Fastjekt® Junior auf einem Privatrezept und kennzeichnen Sie, dass es nur zum Austausch der vom Rückruf betroffenen Chargen gedacht ist. Damit verhindern Sie eine Doppelabgabe des Arzneimittels in der Apotheke und ermöglichen den Austausch und die Durchführung des Rückrufs.

Sollte der Patient den Injektor bereits angewendet oder entsorgt haben, so können Sie wie gewohnt Fastjekt®/Fastjekt® Junior auf Muster 16 (Kassenrezept) verordnen.

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)

## Vorsicht beim Switching!

Um Sie in der Einschätzung der möglichen Regressgefahr durch Switching zu unterstützen, haben wir Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017* eine Übersicht zusammengestellt. Diese enthält Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, für die sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Medikamente existieren, sowie die Kriterien, die jeweils für die korrekte Arzneimittelauswahl maßgeblich sind. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

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)

## Verordnung von Schuheinlagen

Die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses in der Produktgruppe „Einlagen“ haben wir zum Anlass genommen, Ihnen alle verordnungsspezifischen Informationen in einem „Verordnung Aktuell“ (vom 27. April 2017) zusammenzufassen.

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)

## Rehabilitation: Neues Serviceheft der KBV

Die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation wirft immer wieder Fragen auf. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in ihrer neuen Broschüre „Medizinische Rehabilitation“ die relevanten Informationen zusammengestellt.

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Sonstige Verordnungen/Medizinische Rehabilitation* finden Sie einen Link auf die Broschüre.

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)

## 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:

- 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:

- 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:

- 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?
- bereitschaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle

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

#### Termine Modul IV:

- 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 Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6  
Teilnahmegebühr: 85,- Euro

Termine Modul V:

- 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

Geriatrie

- 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:

- 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

- 22. Juli 2017  
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017  
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017  
KVB Würzburg
- 11. November 2017  
KVB München
- sowie zusätzlich 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.

- 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

- 22. Juli 2017  
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017  
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017  
KVB Würzburg
- 11. November 2017  
KVB München

### 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

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

- 28. Juni 2017  
KVB Regensburg
- 18. Oktober 2017  
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](http://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 den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

**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

Prüfungen im Vertragsarztbereich

#### DMP

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

#### Fachseminare

Hautkrebsscreening

#### 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

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

#### Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten

#### Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis - Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht - Informationen für neu niedergelassene Ärzte

#### Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Einführung in den Arbeitsschutz

#### Wirtschaft und Recht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Juli 2017 19. Juli 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxisinhaber	95,- Euro	24. Juni 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Juli 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	8. Juli 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	1. Juli 2017 und 8. Juli 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	22. Juli 2017	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	21. Juni 2017 28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2017 19. Juli 2017	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Juli 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Juli 2017	18.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juni 2017 24. Juni 2017 1. Juli 2017	9.30 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing Würzburg München
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Juni 2017 4. Juli 2017 11. Juli 2017	10.00 bis 14.00 Uhr 10.00 bis 14.00 Uhr 10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth Straubing Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. Juni 2017 28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Juni 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Juli 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Juli 2017 19. Juli 2017	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth Regensburg



# KVBIINFOS 07|17

## ABRECHNUNG

- 106 Die nächsten Zahlungstermine
- 106 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017
- 108 Strukturreform Psychotherapie zum 1. Juli 2017
- 110 Laborquote „Q“ für das dritte Quartal 2017
- 111 PET/CT zur Diagnostik bei Kopf-Hals-Tumoren
- 111 Richtlinien über künstliche Befruchtung (ICSI)
- 112 Intraoperative Leistungen

## VERORDNUNG

- 113 Verhaltensbezogene Primärprävention
- 113 Häusliche Krankenpflege
- 114 FAQs zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege
- 114 Hepatitis-A-Impfung richtig verordnen
- 115 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)
- 115 Schulungsmaterial „Blaue Hand“
- 116 Verordnungsfähigkeit bei Hörsturz und Tinnitus
- 116 Orthonyxie-Therapie (Nagelspangen)
- 116 Verordnung von Sehhilfen
- 117 Langfristiger Heilmittelbedarf
- 117 Leistungsverordnungen durch Psychotherapeuten
- 118 Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

## ALLGEMEINES

- 118 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

## SEMINARE

- 119 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 120 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

**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

**11. Dezember 2017**

Abschlagszahlung November 2017

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. Juli 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) 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 Eingang 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](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)

## Strukturreform Psychotherapie zum 1. Juli 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 396. Sitzung die Einführung eines neuen Vergütungssystems für Gruppentherapien und eine damit verbundene höhere Honorierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie 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.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde 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. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Ab 1. Juli 2017: Neue Struktur des Abschnitts 35.2

Der Abschnitt der antragspflichtigen Leistungen wird neu strukturiert. Die Gebührenordnungspositionen für die Einzeltherapie, Gruppentherapie und der Strukturzuschläge werden deshalb auf neue Nummern umgestellt:

**Abschnitt 35.2.1: Einzeltherapien (GOPen 35401 bis 35425)**

**Abschnitt 35.2.2: Gruppentherapien (GOPen 35503 bis 35559)**

**Abschnitt 35.2.3: Zuschläge (GOPen 35571, 35572, 35573)**

- Für die Kurzzeittherapie gibt es künftig zwei Gebührenordnungspositionen pro Verfahren in der Einzeltherapie: eine Gebührenordnungsposition für das erste

Zwölf-Stunden-Kontingent, eine weitere für das zweite 12-Stunden-Kontingent. Die Vergütung der Einzeltherapien bleibt unverändert.

- Bei der Gruppentherapie wird zukünftig nach der Anzahl der Teilnehmer unterschieden. Die Differenzierung in kleine und große Gruppen entfällt.
- Die Gruppentherapien werden höher bewertet. Dabei ist der Zuwachs je nach Gruppenstärke unterschiedlich hoch. Lediglich bei der Vierergruppe führte die Neukalkulation zu einer Absenkung des Honorars.

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35254 werden mit Wirkung zum 1. Juli 2017 gestrichen und können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden. Die nicht antragspflichtigen Leistungen (Abschnitt 35.1) bleiben gegenüber dem jetzigen Stand (seit 1. April 2017 gültig) unverändert.

Auch die psychodiagnostischen Testverfahren des Abschnitts 35.3 werden neu nummeriert. Der Leistungsinhalt und die Bewertung der neuen Gebührenordnungspositionen bleiben gegenüber den bisherigen Gebührenordnungspositionen unverändert. Ferner gelten die Bestimmungen der Präambel 35.3 zur berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl bei den Testverfahren unverändert weiter.

Eine tabellarische Übersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen und Abrechnungshinweise haben wir Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Strukturreform Psychotherapie* zusammengestellt. Weitere Informationen zur Strukturreform Psychotherapie finden Sie auch auf der

Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Service/Ambulante Leistungen/Psychotherapie.

### Ergänzende Hinweise zu den Änderungen im Abschnitt 35.2:

- Bei der **Antragstellung einer Gruppentherapie** müssen Sie sich noch nicht auf eine Gruppengröße festlegen. Im Formblatt PTV 2 sind die ersten vier Stellen der jeweiligen Gebührenordnungsposition einzutragen, die fünfte Stelle der Gebührenordnungsposition wird durch ein „X“ ersetzt. Künftig können Sie im Formblatt PTV 2 daher entweder die Gebührenordnungsposition 3550X, 3551X, 3552X, 3553X, 3554X oder 3555X angeben. In der Abrechnung ist dann die jeweilige Gebührenordnungsposition der tatsächlichen Gruppengröße anzugeben (zum Beispiel Gebührenordnungsposition 35543 bei drei Teilnehmern in einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie).
- Wie bei den alten Gebührenordnungspositionen ist bei der **Einbeziehung von Bezugspersonen** die jeweilige (neue) Gebührenordnungsposition mit dem **Buchstaben „B“** zu kennzeichnen.
- Die Berechnungsausschlüsse der neuen Gebührenordnungspositionen für die Einzel- und Gruppentherapien (Gebührenordnungspositionen 35401 bis 35559) zu anderen Gebührenordnungspositionen des EBM bleiben gegenüber den Abrechnungsausschlüssen der alten Gebührenordnungspositionen unverändert.
- Bei Kurzzeittherapien, die vor dem 1. Juli 2017 begonnen wurden,

richtet sich die Abrechnung nach dem Stand des bewilligten Therapiekontingents:

- die ersten zwölf Sitzungen werden mit den Gebührenordnungspositionen 35401, 35411 oder 35421 abgerechnet,
- die 13. bis 24. Sitzung mit den Gebührenordnungspositionen 35402, 35412 oder 35422. Dies gilt auch für die 25. Sitzung im Rahmen der Übergangsregelung. Bitte kennzeichnen Sie die 25. Sitzung mit dem jeweiligen Buchstaben.
- Für die Vergütung der neuen Strukturzuschläge gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die zum 1. Juli 2017 gestrichenen Strukturzuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35251 bis 35254. Das heißt, es muss eine bestimmte Mindestpunktzahl von abgerechneten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und/oder der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2) im Quartal abgerechnet worden sein (bei vollem Tätigkeitsumfang 162.734 Punkte, bei hälftigem Tätigkeitsumfang 81.367 Punkte).

**Übergangsregelung für vor dem 1. April 2017 beantragte Psychotherapien**

Auch nach dem 1. Juli 2017 können Psychotherapie-Kontingente, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, nach den Vorgaben der alten Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt werden. Über die hierfür geltenden Übergangsregelungen haben wir Sie im Rundschreiben vom 5. April

2017 und der Mai-Ausgabe der KVB INFOS bereits informiert.

Zum 1. Juli 2017 wurden zusätzlich zu den Buchstabenkennzeichnungen L, R, U und S weitere Kennzeichnungen und Pseudo-Gebührenordnungspositionen eingeführt. Je nach Konstellation ist wie folgt abzurechnen:

**Kurzzeittherapie**

Klarstellung gegenüber dem Rundschreiben vom 5. April 2017: Nur die Gebührenordnungspositionen für die **25. Sitzung der Kurzzeittherapie** sind mit dem jeweiligen Buchstaben in der Abrechnung zu kennzeichnen.

- L = Kennzeichnung der 25. Sitzung der Kurzzeittherapie
- S = Kennzeichnung der 25. Sitzung der Kurzzeittherapie mit Einbeziehung Bezugsperson
- N = Kennzeichnung der 25. Sitzung der Kurzzeittherapie bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten

W = Kennzeichnung der 25. Sitzung der Kurzzeittherapie bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung Bezugsperson

**Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**

- R = Kennzeichnung der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe
- U = Kennzeichnung der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe mit Einbeziehung Bezugsperson
- X = Kennzeichnung der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten
- Y = Kennzeichnung der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe bei einer Dauer von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten mit Einbeziehung Bezugsperson

**Besonderheit bei Gruppentherapien mit zwei Teilnehmern**

Gruppentherapien können auch noch mit zwei Teilnehmern durchgeführt werden, wenn diese Leistung vor dem 1. April 2017 bean-

Pseudo-GOP	Beschreibung	Bewertung EBM/B€GO
80502	Tiefenpsychologische Psychotherapie (Kurzzeittherapie)	836 Punkte/ 88,03 Euro
80512	Tiefenpsychologische Psychotherapie (Langzeittherapie)	
80522	Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie)	
80532	Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie)	
80542	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie)	
80552	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie)	

trägt worden ist. Da die alten Gebührenordnungspositionen ab dem 1. Juli 2017 nicht mehr gültig sind, verwenden Sie hierfür bitte die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (siehe Tabelle Seite 109).

#### **Besonderheit bei der Verhaltenstherapie (Gruppentherapie):**

Zukünftig sind bei der Verhaltenstherapie Sitzungen von mindestens 100 Minuten vorgesehen. Es besteht jedoch auch weiterhin die Möglichkeit, Sitzungen von mindestens 50 Minuten durchzuführen (bei hälftiger Vergütung).

- In diesem Fall kennzeichnen Sie bitte die abgerechnete Gebührenordnungsposition mit dem **Buchstaben „H“** (zum Beispiel 80542H) in Ihrer Abrechnung. Bei **Einbeziehung von Bezugspersonen** kennzeichnen Sie bitte anstelle der üblichen B-Kennzeichnung die jeweilige Gebührenordnungsposition mit dem **Buchstaben „Z“** (zum Beispiel 80552Z).

#### **Rückwirkende Änderungen zum 1. April 2017**

##### **Kein Abrechnungsausschluss der übenden Interventionen neben der Verhaltenstherapie**

Der mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) vom 29. März 2017 mit Wirkung zum 1. April 2017 neu aufgenommene Abrechnungsausschluss der übenden Interventionen (GOP 35111 bis 35113) neben Leistungen der Verhaltenstherapie (bis 30. Juni 2017: GOP 35220 bis 35225, ab 1. Juli 2017: GOP 35421 bis 35559) wurde mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 396. Sitzung rückwirkend zum 1. April 2017 wieder gestrichen.

#### **Anhang 3**

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1, 35.2.2 und 35.2.3 werden in Spalte 1 als Abschlussleistung 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## **Laborquote „Q“ für das dritte Quartal 2017**

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 dritte Quartal 2017 beträgt die Abstufungsquote „Q“ **91,58** Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17/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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## PET/CT zur Diagnostik bei Kopf-Hals-Tumoren

Zukünftig können Patienten mit bestimmten Kopf-Hals-Tumoren auch im ambulanten Bereich mit der Positronenemissionstomographie (PET)/Computertomographie (CT) zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung untersucht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im März 2017 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 7. Juni 2017 in Kraft.

Zukünftig kann eine PET/CT zur Entscheidung darüber erfolgen,

- ob bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren Halslymphknoten entfernt werden müssen (neck dissection) oder bei Patienten, bei denen ein Primärtumor noch nicht gefunden werden konnte, aber aufgrund einer Metastase im Kopf-Hals-Bereich ebenfalls eine Entscheidung zur Entfernung der Halslymphknoten ansteht

oder

- ob eine laryngoskopische Biopsie in der Nachsorge von Patienten mit einem Kehlkopf-Karzinom durchgeführt wird, wenn der Verdacht auf ein Rezidiv oder eine andauernde Erkrankung besteht.

Die Abrechnung der oben genannten Diagnostik von fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren kann **seit dem 7. Juni 2017** über die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.7 und die dazugehörige Kostenpauschale 40584 abgerechnet werden.

Sie finden den Beschluss mit seinen tragenden Gründen auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/).

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)

## Richtlinien über künstliche Befruchtung (ICSI)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Änderung der Indikation zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) in den Richtlinien über künstliche Befruchtung beschlossen. Diese Änderung trat zum 2. Juni 2017 in Kraft.

- Die ICSI-Indikation wird nunmehr definiert als schwere männliche Fertilitätsstörung, die durch zwei gemäß WHO-Vorgaben erstellte Spermioogramme nachgewiesen wurde. Die Forderung, ein Intervall von zwölf Wochen einzuhalten, ist entfallen, ebenso die Vorgabe der Unterschreitung numerisch definierter Grenzwerte.
- Neu aufgenommen wurde die Vorgabe einer andrologischen Untersuchung, die der Indikationsstellung vorausgehen muss.
- Eine Überprüfung der bisherigen Regelung war notwendig, da die Vorgaben der WHO zur Spermioogramm-Befundung geändert wurden und die ICSI-Indikation gemäß Nummer 11.5 der KB-RL nicht mehr anwendbar war.

Für Paare mit bereits genehmigten Behandlungszyklen ergibt sich durch die Richtlinienänderung kein erneutes Genehmigungsverfahren, sofern die auch bisher geltenden Voraussetzungen für die Gültigkeit der Genehmigung (zum Beispiel Altersgrenzen) erfüllt sind.

Sie finden den Beschluss sowie die geänderten Richtlinien auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Intraoperative Leistungen

Immer wieder kommt die Frage auf, wie Vertragsärzte intraoperative Leistungen (zum Beispiel Anästhesien, Laborleistungen, Pathologie) abrechnen, die sie für ambulant operierende Krankenhäuser erbringen.

Nach Paragraph 115b Absatz 2 SGB V sind Krankenhäuser berechtigt, ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe ambulant zu erbringen. Werden hierbei intraoperative Leistungen erforderlich, die das Krankenhaus nicht selbst durchführt, sondern Vertragsärzte hierfür beauftragt, so rechnen die Vertragsärzte die Leistungen im Innenverhältnis mit dem Krankenhaus ab. Das Krankenhaus stellt dann eine einheitliche Rechnung nach Paragraph 18 Absatz 2 AOP-Vertrag – also für die Operationsleistung und die intraoperativen Leistungen – an den Kostenträger. Dies bedeutet, dass der Vertragsarzt intraoperative Leistungen nicht selbst gegenüber der KVB 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Verhaltensbezogene Primärprävention

Zum 1. Juli 2017 wird das Muster 36 „Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention“ eingeführt. Das neue Formular geht auf die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Kinder-Richtlinie und Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung zurück.

Sie können Präventionsleistungen empfehlen und Ihre Patienten reichen die Empfehlung bei ihrer Krankenkasse ein. Von ihrer Krankenkasse erfahren Ihre Patienten Details über Präventionsangebote und Fördervoraussetzungen. Empfehlungen sind unter anderem in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum möglich.

Sie können das Muster 36 über den Kohlhammer-Verlag bestellen. Ab 1. Juli 2017 wird das Muster 36 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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

### Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

Durch Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) war eine Anpassung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) notwendig geworden. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Leistungsverzeichnis der HKP-RL in Bezug auf die bisher als verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gesondert aufgeführten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der HKP-RL geprüft.

Zu diesen Pflegemaßnahmen gehören: Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens, Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung, Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung, Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zubettgehens, Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens.

Dabei stellte der G-BA fest, dass nahezu alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bereits im Leistungsverzeichnis der HKP-RL vorhanden sind. Für Sie ergeben sich durch diese Umstellung der HKP-RL keine Änderungen bei der Verordnung.

### Medikamentengabe

Zum anderen hat der G-BA eine klarstellende Änderung zur Leistungsbeschreibung der „Medikamentengabe“ (Nr. 26) vorgenommen. Es wird verdeutlicht, dass die Medikamentengabe einerseits das Herrichten und andererseits das Verabreichen der Medikamente umfasst, wobei das Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten auch die notwendige Vorbereitung (unter anderem die Dosierung der Darreichungsform) beinhaltet und es sich hierbei um zwei unterschiedliche Leistungsinhalte handelt. Aus der ärztlichen Verordnung der häuslichen Krankenpflege gehen insbesondere die einzelnen einzunehmenden Präparate sowie die dazugehörige Dauer und Häufigkeit hervor.

Weitere Informationen wie die Dosierung, Art und Zeitpunkt der Einnahme werden – falls erforderlich und sofern sie nicht aus der Verordnung hervorgehen – zum Beispiel dem Pflegedienst durch einen Medikamentenplan übermittelt und der Medikamentengabe nach der Nr. 26 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL zugrunde gelegt.

Sie finden zu diesem G-BA-Beschluss ein „Verordnung Aktuell“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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)

## FAQs zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege

Wir haben unsere FAQs um Informationen zur Verordnung der sogenannten **Unterstützungspflege** ergänzt:

Die Verordnung von Unterstützungspflege ist bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung möglich, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Unterstützungspflege umfasst Grundpflege und gegebenenfalls hauswirtschaftliche Versorgung. Ein gleichzeitiger Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ist in diesem Fall nicht erforderlich. Der Anspruch auf Unterstützungspflege besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des MDK verlängert werden.

Wenn die Voraussetzungen der Unterstützungspflege erfüllt sind, muss zusätzlich angegeben werden, ob Grundpflege und gegebenenfalls hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden sollen. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung können im Rahmen der Unterstützungspflege nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Grundpflege verordnet werden. Grundpflege kann im Rahmen der Unterstützungspflege eigenständig verordnet werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss berät derzeit über die konkrete Ausgestaltung der Regelung in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege. Über die Beratungsergebnisse informieren wir Sie gesondert. Unabhängig davon ist die Unterstützungspflege bereits jetzt Leis-

tungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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)

## Hepatitis-A-Impfung richtig verordnen

Gemäß der aktuellen Schutzimpfungs-Richtlinie gilt zur Hepatitis-A-Impfung Folgendes:

Indikationsimpfung zulasten der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) für

- Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung, zum Beispiel homosexuell aktive Männer
- Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, zum Beispiel Hämophilie oder mit Krankheiten der Leber/mit Leberbeteiligung
- Bewohner von psychiatrischen Einrichtungen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Menschen mit Verhaltensstörung oder Zerebralschädigung

Die serologische Vortestung auf anti-HAV ist nur bei Personen erforderlich, die länger in Endemiegebieten gelebt haben oder die in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder die vor 1950 geboren wurden.

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 15. Mai 2017 finden Sie weitere Informationen, zum Beispiel berufliche Indikationen, die eine Hepatitis A-Impfung zulasten der GKV begründen.

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)

## Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

### Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2016

Der Leistungsanspruch für Reise-schutzimpfungen (Paragraf 11 Absatz 3 SI-RL) wurde neu formuliert. Demnach haben Ihre Patienten Anspruch auf Leistungen für Reise-schutzimpfungen, wenn

- der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt oder
- im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben ist oder
- wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.

Ob sich ein Auszubildender auf den oben beschriebenen Anspruch für eine Reiseschutzimpfung berufen kann, ist davon abhängig, ob die Ausbildungsstätte bestätigt, dass der Auslandsaufenthalt durch die Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist. Ihr Patient hat Ihnen eine solche Bestätigung vorzulegen.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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)

## Schulungsmaterial „Blaue Hand“

Neben dem bekannten Rote-Hand-Brief gibt es das sogenannte Schulungsmaterial „Blaue Hand“, mit dem Ärzte, Apotheker und Patienten über einzelne Arzneimittel und deren sichere Anwendung informiert werden sollen. Wie die Fachinformation und die Packungsbeilage ist das Schulungsmaterial Bestandteil der Zulassung eines Arzneimittels. Es soll die Fachinformation und Packungsbeilage ergänzen und klare Empfehlungen geben, wie sich Risiken für die Patienten beim Einsatz des jeweiligen Arzneimittels so weit wie möglich vermeiden lassen.

Seit Ende 2016 trägt das Schulungsmaterial das Logo der Blauen Hand, um es als offizielles, verbindliches Material eindeutig kenntlich zu machen und von anderen Informationsmaterialien abzugrenzen. Durch die Kennzeichnung mit der „Blauen Hand“ soll für das angeordnete und behördlich genehmigte Schulungsmaterial ein hoher Wiedererkennungswert geschaffen werden. Je nach Arzneimittel kann es sich dabei um unterschiedliche Materialien handeln, wie beispielsweise Leitfäden und Checklisten für Ärzte oder Informationsbroschüren und Ausweise für Patienten. Die pharmazeutischen Unternehmer stellen der jeweiligen Zielgruppe das Schulungsmaterial zur Verfügung.

Auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte kann Schulungsmaterial zu zahlreichen Arzneimitteln unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) abgerufen werden.

Das Paul-Ehrlich-Institut stellt unter [www.pei.de](http://www.pei.de) ebenfalls Schulungsmaterial für in seinen Zuständigkeitsbereich fallende Arzneimittel zur Verfügung.

Die genauen Verlinkungen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Link-Tipps*.

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)

## Verordnungsfähigkeit bei Hörsturz und Tinnitus

In unserer Verordnung Aktuell „Verordnungsfähigkeit der Arzneimitteltherapie bei Hörsturz und Tinnitus“ behandeln wir unter anderem die Verordnungseinschränkung Nr. 24 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie zu den durchblutungsfördernden Mitteln ebenso wie die Empfehlung zum Einsatz von Kortison. Sie finden die Information vom 22. Mai 2017 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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)

## Orthonyxie-Therapie (Nagelspangen)

Bei der medizinisch indizierten Spangenbehandlung handelt es sich um eine ärztliche Leistung, die mit der Grundpauschale abgegolten ist. Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen sowie von eingewachsenen Zehennägeln ist eine ärztliche Leistung und deshalb nicht als Heilmittel (Podologie) verordnungsfähig. Die Orthonyxie-Behandlung kann an entsprechend ausgebildetes Personal delegiert werden. Die Verantwortlichkeit bleibt bei Ihnen.

Eine Verordnung der Orthonyxie- oder Nagelspangen-Behandlung ist ausgeschlossen!

Für eine ärztliche Spangenbehandlung gibt es keine indikationsbezogene Voraussetzung, wie zum Beispiel Diabetes.

Die zur Behandlung notwendigen Nagelspangen sind über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. Eine Verordnung als Hilfsmittel auf den Namen des Patienten ist nicht zulässig.

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)

## Verordnung von Sehhilfen

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (in Kraft seit 11. April 2017) hat der Gesetzgeber den Kreis der Anspruchsberechtigten bei Sehhilfen erweitert.

Die Anpassung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) ist Beratungsthema im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und wird voraussichtlich Ende des Jahres 2017 abgeschlossen sein. Für den Übergangszeitraum bis zur endgültigen Anpassung und Bekanntgabe der HilfsM-RL besteht für Ihre betroffenen Patienten dem Grunde nach bereits ein Leistungsanspruch.

Geändert hat sich der Anspruch bei Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe: Anspruch haben jetzt auch Erwachsene mit verordneter Fernkorrektur ab 6,25 dpt Myopie oder Hyperopie oder ab 4,25 dpt Astigmatismus.

Unverändert gelten die Regelungen für die therapeutischen Sehhilfen, wie zum Beispiel Okklusionspflaster, Prismenbrillen oder Verbandlinsen.

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)

## Langfristiger Heilmittelbedarf

Im Rahmen der jährlichen Aktualisierung der ICD-10-GM des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde die Codierung der Lymphödeme in Stadien und Lokalisation aufgegliedert. Lymphödem ab Stadium II, die einen langfristigen Behandlungsbedarf mit Manueller Lymphdrainage nach sich ziehen, wurden in diesem Zuge in die Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgenommen. Ein individuelles Antrags- und Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse ist bei diesen Diagnosen somit nicht mehr nötig.

Sie finden eine Übersicht der betroffenen ICD-10-Codes in unserem Verordnung Aktuell „Langfristiger Heilmittelbedarf: Erkrankungen des Lymphsystems“ vom 1. Juni 2017 unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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)

## Leistungsverordnungen durch Psychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachfolgend Vertragspsychotherapeuten genannt) dürfen in Kürze Krankenhausbehandlung und Krankenförderung verordnen – und ab einem späteren Zeitpunkt auch Leistungen der psychotherapeutischen Rehabilitation und Soziotherapie.

In den Richtlinien wird ein Verweis zu finden sein, dass Vertragspsychotherapeuten unter den Voraussetzungen der jeweiligen Richtlinie nur solche Leistungen verordnen können, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind.

Sie finden weitergehende Informationen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2017*.

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)

## Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat mit dem GKV-Spitzenverband Änderungen in der „Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte“ (Anlage 20 Bundesmantelvertrag-Ärzte) vereinbart. Die folgenden Regelungen treten zum 1. Juli 2017 in Kraft:

- Das **Muster 80** (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) entfällt. Künftig gilt eine Kopie der EHIC beziehungsweise der provisorischen Ersatzbescheinigung als ausreichende Dokumentation des Behandlungsanspruchs eines im europäischen Ausland Versicherten.
- Ebenso entfällt die alte datenschutzrechtlich kritische Verpflichtung des Arztes zur Kopie des Identitätsnachweises (Ausweis/Reisepass) des Versicherten.
- **Ein neues Patientenformular ersetzt das Muster 81:** Es wird ein neues Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ eingeführt. Es ersetzt das alte Muster 81 („Erklärung der im EU- beziehungsweise EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen“). Das neue Formular wird künftig direkt in den Praxisverwaltungssystemen in 13 Sprachen hinterlegt und kann bei Bedarf in der jeweiligen Sprache ausgedruckt werden. Ziel ist es, den Aufwand in den Praxen zu reduzieren: So ist es jetzt möglich, das Dokument in mehreren Sprachen und mit ausführlicheren Übersetzungen anzubieten als bislang. Zudem ist gewährleistet, dass das

Dokument in jeder Praxis vorgehalten wird.

- Die **Dokumentation des Behandlungsanspruchs** (und die Patientenerklärung), die bisher quartalsweise erfolgt, wird auf ein „gleitendes“ Quartal überführt: Sie muss mindestens einmal innerhalb von drei Monaten erfolgen. Eine doppelte Dokumentation am Quartalsübergang entfällt damit in Zukunft.
- Darüber hinaus wurden diverse **redaktionelle Änderungen** vorgenommen, die in den vergangenen Jahren an den GKV-Spitzenverband beziehungsweise die KBV herangetragen wurden (zum Beispiel Klarstellung zur Auswahl der aushelfenden Krankenkasse, Klarstellung, dass Ärzte ohne Patientenkontakt keinen Behandlungsanspruch dokumentieren müssen).

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)

## Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat auf seiner Internetseite unter [www.zi.de](http://www.zi.de) die aktualisierten Haus- und Facharztthesauren Version ICD-10-GM-2017 mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen bereitgestellt.

Sie können die Thesauren dort wie gewohnt herunterladen – entweder in der Kitteltaschenversion oder als Schreibtischauflage. Darüber hinaus besteht weiterhin die Möglichkeit, bis zu drei Exemplare von bis zu drei unterschiedlichen Thesauren in der Kitteltaschenversion per Mail kostenfrei beim Zi zu bestellen.

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)

## Seminar des Monats für Praxisinhaber

### Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Der Wettbewerb in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung nimmt zu, gleichzeitig aber auch die Vielzahl an Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten.

Durch einen sinnvollen Einsatz dieser Optionen können Sie Ihre Praxis-tätigkeit individuell gestalten und den Wert Ihrer Praxis festigen. Enthusiasmus und gute Ideen sind Grundvoraussetzungen für Kooperationen von Ärzten oder Psychotherapeuten, aber das notwendige umfassende Wissen und eine stringente Planung müssen dazu kommen, da sonst die Zeit, das Know-how und die Instrumente zum Aufbau und zur Führung erfolgreicher kooperativer Strukturen zu kurz kommen.

Um die Chancen einer Kooperation nutzen und die Risiken minimieren zu können, benötigen Sie professionelle Unterstützung aus unterschiedlichen Bereichen, zu denen Sie in unserem kostenfreien Seminar „Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft“ die Basisinformationen erhalten.

### Themenschwerpunkte

- Vertragsrecht für Ärzte und Psychotherapeuten
- Zivilrecht/Gesellschaftsrecht
- Steuerrecht
- Finanzierung

### Termine

- 19. Juli 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr  
KVB Bayreuth
- 16. September 2017  
10.00 bis 15.00 Uhr  
KVB Nürnberg
- 27. September 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr  
KVB Straubing
- 18. Oktober 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr  
KVB Würzburg
- 9. Dezember 2017  
10.00 bis 16.00 Uhr  
KVB München

### Speziell für Psychotherapeuten:

- 28. September 2017  
17.00 bis 20.00 Uhr  
KVB München

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](mailto: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 - Orthopädische und Reha Praxen

Abrechnungsworkshop - Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop - Urologische Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Prüfungen im Vertragsarztbereich

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

#### DMP

DMP - Asthma - COPD für koordinierende Hausärzte

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 - Patientenschulung - mit Insulin - zweitägig

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin - zweitägig

Fortbildung für die psychoonkologischen DMP-Praxen - zweitägig

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
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	25. Juli 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		19. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
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
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 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
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	26. Juli 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Nürnberg
Poolärzte	kostenfrei	21. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	München
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	15. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		22. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. Juli 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
		30. September 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	16. und 23. September 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	7. Oktober 2017	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		14. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. bis 9. September 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	220,- Euro	8. bis 9. September 2017	13.15 bis 19.30 Uhr 9.00 bis 19.00 Uhr	München

**Themengebiet****Hygiene**

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

**IT und Online**

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

**Kooperationen**

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft für PT

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

**Praxisführung**

Praxisführung in der PT-Praxis - Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht - Informationen für neu niedergelassene Ärzte

**Qualitätsmanagement**

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

**Qualitätszirkel**

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales 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	95,- Euro	13. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juli 2017 20. September 2017	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. September 2017	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juli 2017 16. September 2017	15.00 bis 21.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. September 2017 27. September 2017	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Oktober 2017 11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Augsburg
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	20. Juli 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
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	13. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	13. bis 14. Oktober 2017 29. bis 30. September 2017	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg 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 22. September 2017	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juli 2017 13. September 2017 20. September 2017 27. September 2017 4. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Augsburg Nürnberg Würzburg Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2017 27. September 2017	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg Nürnberg



# 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 einzu-reichen.

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/Arzthelfer 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



# KVBIINFOS 10|17

## ABRECHNUNG

- 146 Die nächsten Zahlungstermine
- 146 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017
- 148 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 149 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2017
- 157 Laborquote „Q“ für das vierte Quartal 2017
- 158 Richtlinien vertragsärztliche Versorgung – Thulium-Laserresektion
- 158 ASV – Neuaufnahme und Änderungen von Gebührenordnungspositionen

## VERORDNUNG

- 159 Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig
- 160 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 160 Neue Generika und Biosimilars
- 161 Arzneimittelpreisverordnung: Rezepturarztneimittel
- 161 Parenterale Ernährung – Angebot der Firma CARENOBLE
- 161 Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall
- 162 Soziotherapie: Neue Muster 26 und 28

## QUALITÄT

- 162 Neuer Wirksamkeitsbereich „begrenzt viruzid PLUS“

## IT IN DER PRAXIS

- 164 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

## ALLGEMEINES

- 165 Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte
- 165 Anpassung der Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsunterlagen

## SEMINARE

- 166 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 167 Seminar des Monats für Hausärzte
- 168 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

**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:**

Seit 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)

## 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 Paragraf 87b Absatz 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 Euro-Gebührenordnung, bei Überschreitung der Obergrenze erfolgt eine abgestufte 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

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 Fallzahlzuwachs-begrenzung 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 Mengengrenzungsregelungen mit Bezug zur Fallzahl für die im betrof-

## EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2017

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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 392., 393., 397. und 398. Sitzung Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. 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](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Neue Abrechnungssystematik bei Herzschrittmachersystemen

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden die bisherigen Leistungen für die konventionelle und telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) differenziert und als eigenständige Gebührenordnungspositionen abgebildet. Hierfür werden im Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen für die konventionelle Funktionsanalyse und zwei neue Gebührenordnungspositionen für die telemedizinische Funktionsanalyse aufgenommen.

Kinderärzte				
Art der Funktionsanalyse	alte GOP (bis 30. September 2017)		neue GOP (ab 1. Oktober 2017)	
	GOP	Bewertung	GOP	Bewertung
konventionell	04418 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511 Punkte/ 53,81 €	04411 (Herzschrittmacher)	347 Punkte/ 36,54 €
			04413 (Kardioverter/Defibrillator)	641 Punkte/ 67,50 €
			04415 (CRT-P/ CRT-D)	789 Punkte/ 83,08 €
telemedizinisch	04417 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511 Punkte/ 53,81 €	04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641 Punkte/ 67,50 €
			04416 (CRT-P/ CRT-D)	789 Punkte/ 83,08 €

Fachärztlich tätige Internisten				
Art der Funktionsanalyse	alte GOP (bis 30. September 2017)		neue GOP (ab 1. Oktober 2017)	
	GOP	Bewertung	GOP	Bewertung
konventionell	13552 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279 Punkte/ 29,38 €	13571 (Herzschrittmacher)	189 Punkte/ 19,90 €
			13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350 Punkte/ 36,86 €
			13575 (CRT-P/CRT-D)	431 Punkte/ 45,38 €
telemedizinisch	13554 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279 Punkte/ 29,38 €	13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350 Punkte/ 36,86 €
			13576 (CRT-P/CRT-D)	431 Punkte/ 45,38 €

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 werden mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen und können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden.

Eine tabellarische Übersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen mit ihren geänderten Punkt- und Eurowerten sowie den allgemeinen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Form*.

Bitte beachten Sie, dass alle neuen Gebührenordnungspositionen bis 31. Dezember 2017 nur mit einer erteilten Genehmigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V berechnungsfähig sind. Die bereits erteilten Genehmigungen

behalten ihre Gültigkeit. Voraussichtlich muss ab 1. Januar 2018 für die Berechnung der Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren oder Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie eine Genehmigung nach einer noch einzuführenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern/Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V beantragt werden. Wir werden Sie dazu zu gegebener Zeit noch informieren.

#### **Substitution: Vergütung des Konsiliariusverfahrens und der Take-Home-Vergabe ab 1. Oktober 2017**

Die Versorgung von opiatabhängigen Patienten ist für substituierende Ärzte in besonderen Fällen mit einem hohen Aufwand verbunden.

Um diesen Aufwand besser zu vergüten, hat der Bewertungsausschuss in seiner 397. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 die folgenden Änderungen im Abschnitt 1.8 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen:

- Künftig kann die Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950 auch im Rahmen von Hausbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 erfolgen, wenn eine nachgewiesene chronische Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrads) vorliegt, die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt. Die Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01950 wurde entsprechend geändert.
- Zur Abbildung des Mehraufwands für die Take-Home-Vergabe und das Konsiliariusverfahren werden neue Gebührenordnungspositionen aufgenommen.

#### **NEU: GOP 01949 – Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß Paragraph 5 Absatz 9 BtMVV**

EBM-Bewertung	69 Punkte
Preis B€GO	7,27 Euro

- berechnungsfähig für alle Ärzte mit einer Genehmigung zur Substitutionsbehandlung
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt obligat
- je Behandlungstag, aber höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig
- in der Behandlungswoche neben der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition

01950 nur mit medizinischer Begründung (FK 5009) berechnungsfähig

- Die Zuschläge nach der Gebührenordnungsposition 01951 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember und nach der Gebührenordnungsposition 01952 für das therapeutische Gespräch können zusätzlich berechnet werden.
- Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950:
  - im selben Behandlungsfall neben Hausbesuchen (GOP 01410, 01413) berechnungsfähig, wenn entweder eine chronische Pflegebedürftigkeit nachgewiesen ist (Vorliegen eines Pflegegrads), die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt, oder wenn der Patient aufgrund einer nicht im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Erkrankung außerhalb der Arztpraxis behandelt werden muss
  - neben dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412, 01415), Visiten (GOP 01414), der Überprüfung der Notwendigkeit/Koordination häusliche Krankenpflege (GOP 01420), dem Verwaltungskomplex (GOP 01430) und der Verweilgebühr (GOP 01440) nur dann im selben Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient wegen einer anderen Erkrankung als der bestehenden Substitutionsbehandlung außerhalb der Arztpraxis behandelt werden muss
  - in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen der un-

vorhergesehenen Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102), den Notfallpauschalen (GOP 01205 bis 01218) sowie dem Besuch im organisierten Notdienst (GOP 01418) berechnungsfähig

- am selben Behandlungstag nicht neben der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950 und der Diamorphin-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (GOP 01955 einschließlich Zuschlag nach GOP 01956) berechnungsfähig

#### **NEU: GOP 01960 – Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens gemäß Paragraf 5 Absatz 4 BtMVV**

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

- berechnungsfähig nur für suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzte mit einer Genehmigung zur Substitutionsbehandlung (das heißt, nicht berechnungsfähig für Ärzte ohne suchtmmedizinische Qualifikation, die im Rahmen einer Genehmigung im Konsiliarverfahren höchstens drei beziehungsweise zehn Patienten substituieren dürfen und die Behandlung mit dem Konsiliarius abstimmen müssen)
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten obligat
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen berechnungsfähig
- am selben Behandlungstag nicht neben anderen Substitutionsleistungen des Abschnitts 1.8 berechnungsfähig

#### **Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen**

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01949 und 01960 werden entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet.

#### **Neue Leistungen der Palliativmedizin ab 1. Oktober 2017**

Nach dem Hospiz- und Palliativgesetz (Paragraf 87 Absatz 1b des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs, SGB V) wurden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen beauftragt, die allgemeine ambulante Palliativversorgung auszubauen und ein entsprechendes Versorgungsangebot in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Daraufhin haben die KBV und der GKV-Spitzenverband zu Beginn des Jahres im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung vereinbart (Anlage 30 zum BMV-Ä). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 nunmehr die Vergütung für die neuen Leistungen festgelegt.

Insgesamt werden zum 1. Oktober 2017 acht neue Gebührenordnungspositionen in einen neuen Abschnitt 37.3 in das Kapitel 37 des EBM aufgenommen, die teils an unterschiedliche Abrechnungsvoraussetzungen gebunden sind.

**Generell gilt:** Die neuen Leistungen sind nur bei schwerstkranken und sterbenden Patienten berechnungsfähig, bei denen die Kriterien gemäß Paragraf 2 der Anlage 30 zum

BMV-Ä vorliegen und die nach Kenntnis des Arztes nicht gleichzeitig Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – erhalten.

### Gebührenordnungspositionen, die nur mit Genehmigung der KVB berechnungsfähig sind:

#### 1. Genehmigungsvoraussetzungen (entsprechend der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach Paragraf 87 Absatz 1b SGB V – Anlage)

Das Antragsformular finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) unter *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit „P“*.

Nachzuweisen/zu bestätigen sind:

- Anwendung der Leitlinien (zum Beispiel S3-Leitlinie Palliativmedizin)
- Regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen (acht Fortbildungspunkte/Jahr)\*
- Verfügung über gültige BTM-Rezepte gemäß Betäubungsmittelverordnung\*
- interdisziplinäre Zusammenarbeit und Übernahme der Aufgaben entsprechend der Anlage 30 BMV-Ä (zum Beispiel Erstellung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen Therapieplans)
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (Ärzten) und die Gewährleistung\* der:
  - Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
  - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch

- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen
- Praktische Erfahrungen:
  - mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team\* oder
  - Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre
- Theoretische Kenntnisse:
  - Teilnahme an einer Kurs-Weiterbildung der Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch „Palliativmedizin der Bundesärztekammer“ (40 Stunden)\* oder
  - Teilnahme an der strukturierten curricularen Fortbildung: „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und der Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) und zusätzliche Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ (Symptomkontrolle – 20 Stunden) der Kurs-Weiterbildung „Palliativmedizin“\* oder
  - Zusatzqualifikation: „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) plus die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung „Psychoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“, insgesamt 18 Stunden\*

Alle mit \* gekennzeichneten Voraussetzungen sind durch Nachweise (in Kopie) sowie die Urkunden der Ärztekammer (im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie) dem Antrag beizulegen.

#### 2. Neue Gebührenordnungspositionen

**GOP 37300 – Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungspläne gemäß Paragraf 5 Absatz 1 Anlage 30 zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung	392 Punkte
Preis B€GO	41,28 €

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben der haus- und kinderärztlichen palliativmedizinischen Ersterhebung nach den Gebührenordnungspositionen 03370 und 04370 berechnungsfähig

**GOP 37302 – Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Paragraf 4 Absatz 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung	275 Punkte
Preis B€GO	28,96 €

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Im Behandlungsfall nicht neben dem haus- und kinderärztlichen Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung nach den Gebührenordnungspositionen 03371 und 04371 sowie den Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen des Abschnitts 37.2 EBM berechnungsfähig.

\* Häuslichkeit umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen, beschützende Wohnheime und Einrichtungen.

**Weitere Abrechnungsvoraussetzungen für die GOP 37300 und 37302:**

- Die Gebührenordnungspositionen 37300 und 37302 sind jeweils nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnungsfähig.
- Die Gebührenordnungspositionen 37300 und 37302 sind in derselben Sitzung nicht neben den haus- und kinderärztlichen Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 beziehungsweise 04220, den Gesprächsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03230 beziehungsweise 04230, dem hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sowie den Beratungsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

**GOP 37317 – Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Vertragsarztes in kritischen Phasen**

EBM-Bewertung 1.425 Punkte  
Preis B€GO 150,05 €

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig bei Vorhalten der telefonischen Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeit, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, 24. und 31. Dezember in Abstimmung mit dem Arzt und dem Patienten und/oder Angehörigen (gegebenenfalls weiterer Beteiligter)

**GOP 37318 – Telefonische Beratung von mindestens fünf Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19.00 und 7.00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember**

EBM-Bewertung 213 Punkte  
Preis B€GO 22,43 €

- je Telefonat mit dem Pflegepersonal, Ärztlichen Bereitschaftsdienst, Angehörigen des Patienten oder dem Krankenhaus berechnungsfähig
- im Behandlungsfall höchstens siebenmal berechnungsfähig
- neben Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig

**Gebührenordnungspositionen, die ohne Genehmigung von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzten abgerechnet werden können:**

**GOP 37305 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit\***

EBM-Bewertung 124 Punkte  
Preis B€GO 13,06 €

- je vollendete 15 Minuten Dauer berechnungsfähig
- am Behandlungstag höchstens sechsmal berechnungsfähig (Höchstwert: 744 Punkte)
- in derselben Sitzung nicht neben dem Zuschlag für dringende Besuche nach Gebührenordnungsposition 37306 berechnungsfähig

**GOP 37306 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit\***

EBM-Bewertung 124 Punkte  
Preis B€GO 13,06 €

- je Besuch berechnungsfähig
- für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen für die unvorhergesehenen Inanspruchnahmen beziehungsweise die Inanspruchnahme an Samstagen nach den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, den Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01210, 01214, 01216, 01218 sowie dem Zuschlag für den Besuch und Mitbesuch nach Gebührenordnungsposition 37305 berechnungsfähig

*\* Häuslichkeit umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen, beschützende Wohnheime und Einrichtungen.*

**Weitere Abrechnungsvoraussetzungen für die GOP 37305 und 37306:**

- Die Zuschlagsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 sind in derselben Sitzung nicht neben den haus- und kinderärztlichen Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 und 04220, den Gesprächsleistungen nach den Ge-

bührenordnungspositionen 03230 und 04230, dem hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362, den haus- und kinderärztlichen Zuschlagsleistungen für die palliativmedizinische Betreuung nach den Gebührenordnungspositionen 03371 bis 03373 und 04371 bis 04373 sowie der Fallkonferenz nach Gebührenordnungsposition 37314 berechnungsfähig.

- Die Zuschlagsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 sind im Behandlungsfall nicht neben den Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Abschnitt 37.2 des EBM berechnungsfähig.

#### **GOP 37320 – Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung 64 Punkte  
Preis B€GO 6,74 €

- von jedem teilnehmenden Vertragsarzt bis zu fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- auch bei telefonischer Fallkonferenz berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 30706 sowie den Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Abschnitt 37.2 des EBM berechnungsfähig

#### **Gebührenordnungsposition, die nur von einem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin berechnet werden kann:**

**GOP 37314 – Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen kon-**

**siliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä**

EBM-Bewertung 106 Punkte  
Preis B€GO 11,16 €

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- im selben Arztfall nicht neben einer Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale berechnungsfähig

Die Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung finden Sie als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge.

#### **Epilation mittels Lasertechnik als neue Leistung ab 1. Oktober 2017**

Ab dem 1. Oktober 2017 kann die Epilation mittels Lasertechnik im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus als vertragsärztliche Leistung über den EBM abgerechnet werden. Hierzu werden vier neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 2.3 des EBM (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) aufgenommen:

**Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals:**

- **GOP 02325** (88 Punkte, 9,27 €) – erste fünf Minuten Dauer, einmal am Behandlungstag
- **GOP 02327** (70 Punkte, 7,37 €) – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02325 je weitere

vollendete fünf Minuten, maximal dreimal am Behandlungstag

**Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen:**

- **GOP 02326** (88 Punkte, 9,27 €) – erste fünf Minuten Dauer, einmal am Behandlungstag
- **GOP 02328** (70 Punkte, 7,37 €) – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02326 je weitere vollendete fünf Minuten, maximal dreimal am Behandlungstag

**Bei der Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:**

- berechnungsfähig von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- nicht berechnungsfähig bei einer Epilation mittels hochenergetischen Blitzlampen (IPL-Technologie)
- Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind für die Epilation im Gesicht/am Hals in Summe höchstens viermal am Behandlungstag (20 Minuten) und in Summe höchstens 32-mal im Krankheitsfall (160 Minuten) berechnungsfähig. Gleiches gilt für die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 für die Epilation an einer Hand/den Händen.
- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt die metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie voraus. Sofern die Therapie nicht abgeschlossen werden kann, ist die Fotodokumentation zu Beginn der Therapie ausreichend.

- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 setzt eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Über das Prozedere, wie der behandelnde Arzt hiervon Kenntnis erlangt, wird derzeit auf Bundesebene abgestimmt. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses waren uns hierzu noch keine Informationen bekannt. Sobald uns solche vorliegen, werden wir Sie unverzüglich informieren.
- Lokalanästhesien und Verbände sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326.
- in derselben Sitzung nicht neben dem kleinchirurgischen Eingriffen I nach den Gebührenordnungspositionen 02300 und 10340 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der Behandlung mit Lokalanästhetika nach der Gebührenordnungsposition 02360 berechnungsfähig

### **Änderung des Überweisungsverbahls beim weiterführenden geriatrischen Assessment ab 1. Oktober 2017 und ergänzende Abrechnungshinweise**

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung wurde zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen (Abschnitt 30.13). Bislang konnte das weiterführende geriatrische Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 nur in den Fällen durchgeführt werden, in

denen der spezialisierte geriatrische Vertragsarzt auf Überweisung eines Hausarztes – beziehungsweise im Ausnahmefall von bestimmten Fachärzten in Kooperation mit einem Hausarzt – in Anspruch genommen wurde. Diesen Überweisungsvorbehalt hat der Bewertungsausschuss nun **mit Wirkung zum 1. Oktober 2017** für die folgenden Konstellationen aufgehoben:

- In **Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren**, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Hausarzt tätig ist, kann das weiterführende geriatrische Assessment (GOP 30984) vom Geriater auch **ohne Überweisung** durchgeführt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass zuvor ein hausärztliches geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) erfolgt ist, aus dem sich die Notwendigkeit für ein weiterführendes Assessment ergeben hat. Da der Aufwand für die Abstimmung innerhalb eines MVZ oder einer BAG geringer ist, wird in diesen Fällen ein Abschlag in Höhe von 50 Prozent auf die Gebührenordnungspositionen der Vorabklärung (GOP 30980 und 30981) vorgenommen.
- Geriatrisch spezialisierte Hausärzte können für ihre Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen und die Gebührenordnungsposition 30984 abrechnen. Eine Überweisung eines anderen Hausarztes ist nicht mehr notwendig. Voraussetzung für die Abrechnung ist jedoch, dass ihm ein anderer geriatrisch spezialisierter Arzt (formlos) bescheinigt, dass das Assessment erforderlich ist. Die Bescheinigung ist nicht mit der Abrechnung bei der KVB einzu-

reichen, kann aber gegebenenfalls zu Prüfzwecken angefordert werden. Der mitbeurteilende Arzt kann hierfür die Gebührenordnungsposition 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) abrechnen. Die Mitbeurteilung kann sowohl nach Aktenlage, als auch im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten vorgenommen werden.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 397. Sitzung wurde 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. Er steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### **Ergänzende Abrechnungshinweise zu den Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung:**

- **Patient muss geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen**  
Die Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung können nur für Patienten abgerechnet werden, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen. Die Kriterien hierfür sind in der Präambel zum EBM-Abschnitt 30.13 abschließend geregelt.

So muss der Patient mindestens 70 Jahre alt sein und er muss wenigstens zwei der in Nr. 4 der

Präambel genannten geriatrischen Syndrome aufweisen oder eines dieser Syndrome in Kombination mit einem Pflegegrad.

Darüber hinaus muss längstens ein Quartal zuvor ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt worden sein.

- **Patientenorientierte Vorabklärung bedingt Absprache zwischen Hausarzt und Geriater**  
Vor einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss zunächst im Rahmen einer konsiliarischen Beratung zwischen dem überweisenden Vertragsarzt und der spezialisierten geriatrischen Praxis geklärt werden, ob ein geriatrischer Patient hierfür überhaupt geeignet ist.

Für den Geriater findet diese Abklärung ohne Patientenkontakt statt. Sie kann auch Fall abschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen. Für diese gemeinsame Abklärung im Vorfeld können Hausärzte die Gebührenordnungsposition 30980 abrechnen, Geriater die Gebührenordnungsposition 30981.

- **GOP 30988 erst nach Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik berechnungsfähig**  
Nach einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik erfolgt die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen durch den Hausarzt entsprechend dem vom Geriater erstellten Behandlungsplan. Die Gebührenordnungsposition 30988 (Zuschlag zum hausärztlich-geriatrischen

Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03362 beziehungsweise zu den Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung nach den Gebührenordnungspositionen 16230, 16231, 21230 und 21231) kann somit erst im Anschluss an eine spezialisierte geriatrische Diagnostik abgerechnet werden. Das weiterführende geriatrische Assessment darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.

### Weitere Änderungen des EBM

#### Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Abschnitt 37.2 des EBM):

**Erweiterung des Abrechnerkreises**  
Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 können auch **Vertragsärzte mit Genehmigung der KVB gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie** die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 berechnen. Der Bewertungsausschuss beschloss in seiner 398. Sitzung hierzu eine entsprechende Änderung der Präambel 37.1 Nr. 1 des EBM sowie die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 37100 bis 37120 in die Präambel 5.1 Nr. 4 des EBM.

Nähere Informationen über die entsprechenden Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/P/Pflegeheimversorgung*.

#### Hyposensibilisierungsbehandlung neben ambulanten Operationen berechnungsfähig

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 398. Sitzung die Präambel 31.2.1 Nr. 8 des EBM um die Leistungen des Abschnitts

30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erweitert. Ab 1. Oktober 2017 können demnach die Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben der ambulanten Operation berechnet werden.

#### Dokumentation der Herzkatheteruntersuchung nach GOP 34291 ab 1. Juli 2017 verpflichtend

Seit dem 1. Juli 2017 ist die Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie nach der Gebührenordnungsposition 34291 nur berechnungsfähig, wenn Sie die verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Dokumentation, Datenerfassung/-übermittlung sowie das Aufklärungsgespräch) nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erfüllen. Die Übergangsregelung endete zum 30. Juni 2017. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 wird daher die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 gestrichen.

Nähere Informationen zur Datenerhebung, -übertragung, und -verarbeitung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention (PCI) finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/PCI und Koronarangiographie*.

#### Kostenpauschale 40306 zukünftig auch belegärztlich berechnungsfähig

Die Kostenpauschale 40306 in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 ist ab 1. Oktober 2017 auch in beleg-

## Laborquote „Q“ für das vierte Quartal 2017

ärztlichen Behandlungsfällen berechnungsfähig. Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 398. Sitzung die Präambel 40.1 Nr. 3 des EBM entsprechend geändert.

### 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-basierten Tests (gFOBT) nach der Gebührenordnungsposition 32040 sowie für die Berechnung der Kostenpauschale 40150 für ausgegebene, aber nicht zurückerhaltene Testbriefe zum 30. September 2017 endet und die Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen werden (siehe KVB INFOS 5/2017, Seite 72). Die Anmerkung der Gebührenordnungsposition 40152 wurde im Zuge der Streichung entsprechend angepasst.

### Anhang 3

In Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise der Änderungen von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten in Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen 02325 bis 02328, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 13571, 13573, 13574, 13575 und 13576 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „\*“ gekennzeichnet.

### Vergütung

Die neuen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 des EBM für die allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung sollen laut Empfehlung des Bewer-

tungsausschusses extrabudgetär vergütet werden. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01949 und 01960 werden entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet.

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)

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 vierte Quartal 2017 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17/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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## Richtlinien vertragsärztliche Versorgung – Thulium-Laserresektion

Patienten, die an einem benignen Prostata-syndrom (BPS) leiden, können künftig mittels Thulium-Laserresektion (TmLRP) auch ambulant zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Aufnahme dieser Behandlungsmethode in die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ beschlossen. Diese Änderung trat zum 30. August 2017 in Kraft.

Das Verfahren kann laut Richtlinie alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata, zur Holmium-Laserresektion und zur Holmium-Laserenukleation eingesetzt werden. Die TmLRP darf nur von Fachärzten für Urologie erbracht werden, die über nachgewiesene Erfahrungen mit der Methode und eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Für die Anwendung sind eine intensivmedizinische Notfallversorgung und eine Nachbeobachtung zu gewährleisten.

### Aufnahme einer Gebührenordnungsposition in den EBM steht noch aus

Eine Aufnahme dieser neuen Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist bislang noch nicht erfolgt. Eine Abrechnung der Untersuchung als Sachleistung über Chipkarte ist deshalb derzeit noch nicht möglich. **Erst wenn der Bewertungsausschuss über die Höhe der Vergütung entschieden hat, kann sie von Patienten als abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen werden.** Wir informieren Sie, sobald die Aufnahme in den EBM erfolgt.

Sie finden den Beschluss sowie die geänderten Richtlinien auf der Internetseite des Gemeinsamen Bun-

desausschusses unter [www.g-ba.de](http://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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## ASV – Neuaufnahme und Änderungen von GOP

Für die Indikationen giT, TBC, gynT, ZF, Marfan-Syndrom und PH wurde der Appendix überarbeitet. Dazu traten zum 8. Juni und 1. Juli 2017 Beschlüsse in Kraft, die Fachgruppenänderungen, Beendigungen und Neuaufnahmen von Gebührenordnungspositionen nach sich ziehen.

### 1. Änderung von Gebührenordnungspositionen des Appendix Abschnitt 1 der Erkrankungs- und Leistungsschlüssel 1A0100 „onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“

#### 1.1 Änderung der Fachgruppe zur Gebührenordnungsposition 11230

Statt wie bisher dürfen auf Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte (anders als bisher „Humangenetiker“ und „Laboratoriumsmediziner“) seit dem 8. Juni 2017 nur noch „Humangenetiker“ die GOP „Humangenetische Beurteilung“ ansetzen.

#### 1.2 Beendigung und Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen

Zum 8. Juni 2017 verlieren die folgenden GOPen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Abschnitt 1 ihre Gültigkeit und sind daher ab diesem Stichtag nicht mehr abrechnungsfähig: GOP 11320, GOP 11321, GOP 11322, GOP 11430, GOP 11433, GOP 11434. Dies betrifft die Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte, respektive die Fachgruppen „Humangenetik“, „Laboratoriumsmedizin“ und „Pathologie“. Neu für diese genannten Fachgruppen sind dafür ab

## Mischpreisbildung rechtswidrig

8. Juni 2017 folgende GOPen ansetzbar: GOP 11301, GOP 11302, GOP 11303, GOP 11304, GOP 11449, GOP 11512, GOP 11513, GOP 11518, GOP 19401, GOP 19402, GOP 19403, GOP 19404, GOP 19410, GOP 19411, GOP 19421, GOP 19424, GOP 19426, GOP 19451, GOP 19453, GOP 19456, GOP 40584

### 2. Beschluss zur Änderung einer abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition zu den Anlagen 1.1a), 2b), 2k), 2l) pulmonale Hypertonie der ASV-Richtlinie

Die Regelungen traten mit Wirkung zum 1. Juli 2017 in Kraft. Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 19. Sitzung wurden die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen

1.1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastro-intestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1.1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

2b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)

2k) Marfan-Syndrom

2l) pulmonale Hypertonie der ASV-Richtlinie wie folgt angepasst: Statt der bis zum 30. Juni 2017 im Abschnitt 35.3 ansetzbaren GOP 35300 für standardisierte Testverfahren ist – um Streichungen zu vermeiden – ab dem 1. Juli 2017 die GOP 35600 anzusetzen.

### 3. Beschluss zur Neuaufnahme einer abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition für die Indikation „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“

Zum 8. Juni wurde die Leistung „Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32246 und 32248 – Magnesium“ in den Abschnitt der Indikation „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ (Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel: 2A0100) neu aufgenommen.

Ansetzbar ist diese unter der GOP 32248 zu 1,40 Euro für die Fachgruppen 49 (Gebiet der Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie) und die Fachgruppen 48 (Gebiet Laboratoriumsmedizin).

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

In unserer Verordnung Aktuell „Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig“ vom 12. April 2017 informierten wir Sie über die Entscheidung des Eilverfahrens des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg. Gegenstand der Entscheidung war der Erstattungsbetrag für das nutzenbewertete Arzneimittel Eperzan® (Albiglutid) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 mit mehreren Patientengruppen. Der GKV-Spitzenverband hatte gegen das Ergebnis der Festsetzung des Erstattungsbetrags durch die Schiedsstelle vor dem LSG Berlin-Brandenburg geklagt. Im Eilverfahren hat das LSG den Erstattungsbetrag aufgehoben.

Die Entscheidung im nun abgeschlossenen Hauptsacheverfahren wird im Wesentlichen wie folgt begründet: Der Schiedsspruch sei rechts-widrig, weil er an einem Begründungs-mangel leide. Grundsätzlich sei von Schiedssprüchen auf der Grundlage von Paragraph 130b SGB V zu fordern, dass sie den der Bildung des Erstat-tungsbetrags zugrunde liegenden Rechenweg nachvollziehbar und transparent aufzeigen. Dies sei im vorliegenden Fall nicht erfolgt. In Hinblick auf die Mischpreise hält das LSG seine rechtlichen Beden-ken im Ergebnis aufrecht

Wegen der grundsätzlichen Bedeu-tung hat das LSG eine Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

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 zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

### Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III):

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab kann seit 29. Juni 2017 auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“, „Kinder-Nephrologie“ oder dem Schwerpunkt „Kinder-Kardiologie“ erfolgen. Dies war bislang ausschließlich Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie und an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätigen Fachärzten vorbehalten.

### Medizinprodukte (Anlage V)

- Ampuwa® für Spülzwecke – Änderung Befristung und Produktbezeichnung
- Freka-Clyss® – Änderung Befristung
- Hedrin® Once Liquid Gel – Aufnahme
- Klistier Fresenius – Änderung Befristung
- NaCl 0,9% Fresenius Kabi – Änderung Befristung
- Purisole® SM verdünnt – Änderung Befristung
- Ringer Fresenius Spüllösung – Änderung Befristung

### Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Im zweiten Quartal 2017 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Cabozantinib/Cabometyx® – neues Anwendungsgebiet: fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom
- Elbasvir/Grazoprevir/Zepatier®
- Macitentan/Opsumit® – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50 Millionen Euro Grenze
- Nivolumab/Opdivo® – Anwendungsgebiet: Hodgkin-Lymphom
- Olaratumab/Lartruvo™
- Palbociclib/Ibrance®
- Venetoclax/Venclyxto®

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)

## Neue Generika und Biosimilars

Um Sie auch außerhalb der Wirkstoffvereinbarung mit Blick auf eine wirtschaftliche Verordnung zu unterstützen, haben wir für Sie die wichtigsten neuen Generika und Biosimilars des letzten Quartals zusammengefasst.

Neue wirtschaftliche Alternativen sind für folgende Originalpräparate verfügbar:

- der antivirale Wirkstoff Entecavir (Baraclude®)
- der antivirale Wirkstoff Tenofoviridisoproxil (Viread®)
- die Biosimilars des Wirkstoffs Rituximab (Mabthera®)

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)

## Arzneimittelpreisverordnung: Rezepturarzneimittel

Die Herstellungspreise für Rezepturarzneimittel wurden angepasst. Sie erhöhen sich bis zu einer bestimmten Gewichtsgrenze um einen Euro bei der Herstellung von topisch anzuwendenden Rezepturarzneimitteln, Tees, Lösungen, Kapseln, Zäpfchen und Sterilfiltrationen. Zusätzlich wird nun wie bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein Fixzuschlag von 8,35 Euro erhoben. Beides hat grundsätzlich eine Verteuerung der Rezeptur zur Folge. Daher ist in jedem Einzelfall kritisch zu prüfen, ob ein verfügbares Fertigarzneimittel nicht wirtschaftlicher und für die Behandlung ausreichend ist. Wenn kein Fertigarzneimittel verfügbar ist, sollte vorrangig auf eine Rezeptur aus dem Neuen Rezepturformularium (NRF) zurückgegriffen werden.

Bitte bedenken Sie: Das NRF trifft keine Aussage zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, sondern stellt lediglich eine Sammlung wissenschaftlich geprüfter Rezepturen dar, die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Sinne des Arzneimittelgesetzes beschreiben.

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)

## Parenterale Ernährung – Firma CARENOBLE

Das eingesetzte Softwareprodukt Care-Solution® der oben genannten Firma erzeugt eine Markt- und Kostentransparenz bei parenteralen Ernährungsprodukten. Konkrete Vorschläge zu alternativen Produkten unterstützen Sie bei der Auswahl einer geeigneten und gleichzeitig wirtschaftlichen Ernährungslösung. Zur Gewährleistung des Datenschutzes empfehlen wir Ihnen bei der Benutzung des Softwareprodukts CareSolution® mit Pseudonymen und nicht mit den realen Personenangaben zu arbeiten. Auf diese Weise entstehen keine Sozialdaten. Eine vertragsarztrechtliche Pflicht zur Nutzung des genannten Softwareprodukts besteht allerdings nicht. Sie sind bei der Versorgung mit parenteraler Ernährung – wie bei allen Verordnungen – zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet.

Weitere Informationen zum Thema „parenterale Ernährung“ finden Sie in unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von parenteraler Ernährung“ vom 12. Juni 2017.

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)

## Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall

Im Verletzungsfall soll nach der aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin nicht mehr nur gegen Tetanus geimpft werden, sondern mit einem Kombinationsimpfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (Tdap). In diesem Impfstoff sind somit zwei Komponenten für eine prophylaktische Impfung (Diphtherie/Pertussis) und eine Komponente für die postexpositionelle Impfung (Tetanus) enthalten.

Tetanus-Immunglobulin zur Erstversorgung eines Verletzten ist über Ihren Sprechstundenbedarf zu verordnen, sofern nicht ein Unfallversicherungsträger zuständig ist. Impfungen im Verletzungsfall sind kurative Leistungen und mit der Versicherten-/Grundpauschale abgegolten. Dabei ist es unerheblich, ob der Einzelimpfstoff Tetanus oder der Kombinationsimpfstoff mit Diphtherie und Pertussis geimpft wird.

### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Nach der aktuellen Spruchpraxis sind prophylaktische Impfungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht abrechenbar und postexpositionelle Impfungen sind mit der Notfallpauschale (GOP 01210) abgegolten. Der Impfstoff wird bei Bedarf auf Sprechstundenbedarf bezogen.

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)

## Soziotherapie: Neue Muster 26 und 28

Die beiden Muster 26 und 28 wurden zum 1. Oktober 2017 sowohl inhaltlich als auch redaktionell angepasst. Die inhaltlichen Ergänzungen/Änderungen sollen künftig ungerechtfertigte Ablehnungen sowie Anfragen der Krankenkassen vermeiden.

Hier die wesentlichen inhaltlichen Änderungen:

Es gibt keine Übergangsfrist! Die bisher verwendeten Verordnungsmuster dürfen nach dem 30. September 2017 nicht aufgebraucht werden. Bitte bestellen Sie rechtzeitig neue Verordnungsmuster. Die neuen Muster werden auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

### Verordnung von Soziotherapie (Muster 26)

Es wird ein neues Feld „Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten/Sonstige Einschränkungen“ aufgenommen. Damit wird klargestellt, dass Soziotherapie außerhalb des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen (Regelversorgung) auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Diese Angaben sind Voraussetzung, um für psychische Erkrankungen und Störungen außerhalb der Regelversorgung Soziotherapie verordnen zu können.

Das Feld „Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren“ wird gestrichen. Dadurch entfällt Ihre Recherchepflicht. Auch seit wann die Erkrankung besteht, müssen Sie nur noch eintragen, sofern es Ihnen bekannt ist.

### Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)

Da zukünftig auch Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen (siehe „Verordnung Aktuell“ vom 28. Juni 2017), war auf dem Muster 28 unter „Erklärung des Arztes“ der Psychotherapeut zu ergänzen, sodass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Die Angabe, seit wann die Erkrankung besteht, ist nur nötig, sofern es Ihnen bekannt ist. Da bis zu fünf Therapieeinheiten für die soziotherapeutische Unterstützung der Überweisung abgerechnet werden können (vorher: drei), wurden für die „Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers“ die Felder erweitert.

Auf beiden Mustern wurden Hinweise auf die abrechenbaren EBM-Ziffern 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

## Neuer Wirksamkeitsbereich „begrenzt viruzid PLUS“

In der 2016 aktualisierten Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens wurde für die prophylaktische Händedesinfektion der neue Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ vorgestellt, der im Folgenden näher erläutert wird.

In Deutschland werden seit 2004 Desinfektionsmittel hinsichtlich ihrer Viruswirksamkeit wie folgt eingeteilt:

- **begrenzt viruzid:** Dieser Bereich schließt **nur die behüllten Viren** ein und stellt die Mindestanforderung an ein Desinfektionsmittel dar.
- **viruzid:** Dies umfasst den Bereich der **behüllten und unbehüllten Viren**.

Noro-, Rota- und Adenoviren sind für eine Vielzahl von Infektionsausbrüchen verantwortlich und deshalb auch für die Arztpraxis relevant. Sie gehören zu den unbehüllten Viren mit geringerer Hydrophilie und sind dadurch leichter durch Desinfektionsmittel zu inaktivieren als andere unbehüllte Viren mit einer stärkeren Hydrophilie, wie zum Beispiel Enteroviren.

Aus diesem Grund besteht großes Interesse, eine Wirksamkeit gegen diese Viren auszuloben. Der Arbeitskreis Viruzidie beim RKI definiert deshalb für Desinfektionsmittel erstmals den Wirkungsbereich

- **begrenzt viruzid PLUS:** Dies bedeutet wirksam gegen **behüllte Viren** sowie **zusätzlich** gegen **Adeno-, Noro- und Rotaviren (= unbehüllte Viren)**.

## Anwendungsbereiche von Desinfektionsmitteln

Für die Arztpraxis von besonderer Bedeutung:

### ■ Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion dient der Reduktion der transienten Hautflora (Kontaktflora). Aufgrund der Anforderungen an die Hautverträglichkeit stehen nur wenige viruzide Präparate mit hoher Ethanolkonzentration (oder synergistische Kombinationen mit geringerem Alkoholgehalt und zum Beispiel Säuren) zur Verfügung. Mit dem neuen Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ können nun deutlich mehr Wirkstoffe in zum Teil geringerer Konzentration eingesetzt werden. Die chirurgische Händedesinfektion soll neben der transienten auch die residente (Standort- beziehungsweise körpereigene Flora) Hautflora reduzieren, die in der Regel keine Viren enthält.

### ■ Flächendesinfektion

Bei gezielten Flächendesinfektionsmaßnahmen ist die Art des Erregers meistens bekannt. Somit kann das benötigte Wirkungsspektrum in Abhängigkeit von dem zu inaktivierenden Virus ausgewählt werden.

### ■ Instrumentendesinfektion

Der Begriff Instrumentendesinfektion beinhaltet eine manuelle oder maschinelle Desinfektion im Eintauchverfahren. Sofern es sich bei den Instrumenten um semikritische Medizinprodukte handelt, sind für die „abschließende Instrumentendesinfektion“ (falls der Desinfektion keine Sterilisation folgt) Desinfektionsmittel mit viruzider Wirksamkeit einzusetzen.

### ■ Chemothermische Desinfektion

Durchführung in speziellen Reinigungs-Desinfektionsgeräten (RDG)/Waschmaschinen. Durch entsprechende Desinfektionschemie und Temperatur wird viruzide Wirksamkeit erreicht.

## Fazit

Desinfektionsmittel spielen auch in der ambulanten medizinischen Versorgung bei der Prävention von Infektionskrankheiten eine sehr wichtige Rolle. Dabei ist der Nachweis der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln die grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung. **Die Anforderungen an das einzusetzende Desinfektionsmittel leiten sich aus den Eigenschaften der zu inaktivierenden Erreger ab.**

## Listen geprüfter Desinfektionsmittel

Das Robert Koch-Institut ist nach Paragraf 18 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren zur Desinfektion zuständig. Es veröffentlicht regelmäßig eine Liste geprüfter und anerkannter Mittel und Verfahren für die behördlich angeordnete Desinfektion bei bestimmten meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Diese Liste kann unter [www.rki.de](http://www.rki.de) in der Rubrik Infektionsschutz/Infektions- und Krankenhaushygiene/Desinfektion/Desinfektionsmittel-liste abgerufen werden. Die Liste geprüfter Desinfektionspräparate für die Routinedesinfektion, auf die auch das RKI in seinen Empfehlungen verweist, veröffentlicht der Verbund für Angewandte Hygiene e. V. unter [www.vah-online.de/Desinfektionsmittel-Liste](http://www.vah-online.de/Desinfektionsmittel-Liste). Weitere Informationen hierzu finden Sie auch

unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Hygiene und Medizinprodukte*.

## Nutzen für die Arztpraxis

Noro-, Adeno- und Rotaviren stellen auch in der ambulanten medizinischen Versorgung epidemiologisch sehr häufig virale Infektionserreger dar. Zu diesen Virusgruppen gehören beispielsweise Erreger von hochkontagiösen Gastroenteritiden, respiratorischen Infektionen und der Keratokonjunktivitis in der Augenheilkunde. Vorteil des erweiterten Wirkungsspektrums „begrenzt viruzid PLUS“ ist, dass ganzjährig für die prophylaktische Desinfektion dieselben Desinfektionsmittel eingesetzt werden können. Eine Umstellung auf andere Produkte infolge saisonaler Unterschiede im Vorkommen der viralen Erreger entfällt, wenn Sie für die hygienische Händedesinfektion und die Flächendesinfektion Desinfektionspräparate mit dem Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ einsetzen.

## Literaturempfehlungen

- Neuer Wirksamkeitsbereich begrenzt viruzid PLUS – was ist das? Mitteilung der Desinfektionsmittel-Kommission im VAH. Hyg Med 2016, 41: 319-321
- Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im humanmedizinischen Bereich. Schwebke I, Eggers M, Gebel J et al. Bundesgesundheitsblatt 2017; 60: 353-363

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
E-Mail [Hygiene-Beratung@kvb.de](mailto:Hygiene-Beratung@kvb.de)

## Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie gewohnt stellen wir Ihnen an dieser Stelle aktuelle Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung.

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 im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2016 wurden insgesamt 18.470 Installationen vermerkt, im Quartal 2/2017 waren es 18.646. Zur Jahresmitte 2017 waren insgesamt 114 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 8 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB					
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2016 zu 2/2017
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.522	18,89 %	+ 126
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.548	13,67 %	- 31
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.677	8,99 %	- 52
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.580	8,47 %	- 28
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	917	4,92 %	- 42
6	ALBIS	CompuGroup Medical	885	4,75 %	- 18
	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	830	4,45 %	- 18
7	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	606	3,25 %	- 27
8	easymed	promedico/medatixx GmbH	536	2,87 %	- 48

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs				
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 4/2015 bis 4/2016	Installationen gesamt (Stand 4/2016)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+ 126	3.522
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+ 73	108
	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+ 73	104
3	Epikur	Epikur Software & IT Service	+ 50	279
4	Elefant	HASOMED GmbH	+ 39	277
5	Medical Office	Indamed GmbH	+ 26	178
	RescuePro	RescuePro Production GbR	+ 26	132
6	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+ 25	178
7	tomedo	zollsoft GmbH	+ 24	100
8	Med7	Bitron GmbH	+ 20	215
	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+ 20	186
	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+ 20	25

## Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte

In Ausgabe 7/2017 der KVB INFOS haben wir Sie auf Seite 118 bereits über die Neuerungen im Rahmen der **Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte** ab 1. Juli 2017 in der Anlage 20 zum Bundesmantelvertrag Ärzte informiert. Zu diesem Zeitpunkt ist die Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im EU- beziehungsweise EWR-Ausland sowie in der Schweiz Versicherten auf Muster 80 entfallen. Dieses darf nicht mehr verwendet werden. Die AOK Bayern weist ausdrücklich darauf hin, dass mit Ablauf des dritten Quartals 2017 die Erklärungen auf Muster 80/81 nicht mehr akzeptiert werden.

Die neue Patientenerklärung „Europäische Krankenversicherung“ ersetzt das bisherige Muster 81. Die neue Patientenerklärung ist in die Praxisverwaltungssysteme integriert und sollte mittlerweile in jeder Praxis vorhanden sein.

Bitte drucken Sie die Patientenerklärung in der Sprache des jeweiligen im Ausland Versicherten aus und lassen Sie diese vom Patienten unterschreiben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zwischenzeitlich darauf hingewiesen, dass mit dem nächsten Update die Patientenerklärung auch mit der Sprachenzuordnung in Deutsch vorgesehen ist, um die Verwaltungshandhabung in den Praxen zu vereinfachen.

Bis dahin überprüfen Sie bitte die Identität des Versicherten, fertigen zwei Kopien der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) und leiten eine Kopie mit der unterschriebenen und mit Datum und Vertragsarztstempel versehenen Patientenerklärung an die gewählte Krankenkasse weiter. Die andere

Kopie dient als Dokumentation für Ihre Praxis. Bitte beachten Sie, dass eine Kopie des Ausweises aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zulässig ist.

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

## Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsunterlagen

Bisher waren Überweisungsscheine gemäß der geltenden bundesmantelvertraglichen Regelungen ein Jahr lang aufzubewahren.

Das Bundessozialgericht hat in seiner neueren Rechtsprechung festgestellt, dass gesetzliche Krankenkassen (und auch besondere Kostenträger) Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung beziehungsweise Prüfmitteilungen bis zu vier Jahre, nachdem die Vertragsärzte den Honorarbescheid erhalten haben, an die Kassenärztlichen Vereinigungen richten können.

Das führt dazu, dass die ursprünglichen Regelungen in Paragraf 7 Absatz 2 der ersten Ergänzung der Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) entsprechend angepasst werden müssen. Vorgesehen ist hierzu, künftig eine Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren festzuschreiben, soweit Abrechnungsunterlagen gemäß Muster 5 der Vordruckvereinbarung und Überweisungsscheine gemäß Muster 6, 10 und 10a dieser Vereinbarung betroffen sind.

### Fünfstufige Aufbewahrung von Überweisungsscheinen

Aus Gründen der Beweisführung in Regress-/Rückforderungsverfahren empfehlen wir Ihnen dringend, auch jetzt schon diese Unterlagen (Überweisungs- und Anforderungsscheine sowie im Ersatzverfahren ausgestellte Anspruchsnachweise) über einen Zeitraum von fünf Jahren aufzubewahren. Das gilt auch, soweit sie in digitaler Form (eingescannte Vordrucke der Muster 6, 10 und 10a oder digitale Vordrucke nach Anlage 2b zum BMV-Ä) vorliegen.

## Seminar des Monats für Praxisinhaber

Bei verschiedenen Prüffeldern der Krankenkassen können diese Unterlagen helfen, Anträge zurückzuweisen beziehungsweise Kassen zur Rücknahme ihrer Prüfmitteilungen zu bewegen. Sollten diese Unterlagen von uns benötigt werden, werden wir diese bei Ihnen anfordern.

Beachten Sie bitte auch das entsprechend geänderte Merkblatt (Seite 2) „Aufbewahrungsvorschriften für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Reiter „A“/Aufbewahrungsfristen/Informationen zu Aufbewahrungsfristen*.

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)

### Prüfungen im Vertragsarztbereich

Zahlreiche gesetzliche Vorgaben und Änderungen machen die Prüfungen im vertragsärztlichen Bereich schwer durchschaubar. Das Seminar klärt über die Verfahrensweisen bei Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen sowie bei Anträgen der Krankenkassen auf und gibt Hinweise, wie Sie als Vertragsarzt im Rahmen dieser Verfahren sinnvoll agieren können. Darüber hinaus werden in dieser Veranstaltung die Unterschiede der Aufgaben der unabhängigen Prüfungsstelle und der KVB im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Paragraph 106 SGB V vermittelt.

Die einzelnen Prüfungen der Prüfungsstelle werden transparent und nachvollziehbar vorgestellt und ihre sogenannten „Aufgreifkriterien“ und der Workflow erläutert. Dabei werden auch die Argumente erklärt, die Sie im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung parat haben sollten. Sie erfahren außerdem, in welcher Form Sie die dazu begründenden Unterlagen bei der Prüfungsstelle vorlegen müssen, damit Ihre Argumente Gehör finden.

Das Seminar widmet sich darüber hinaus der Abgrenzung zur Honorar- und Plausibilitätsprüfung. Die Plausibilitätsprüfung nach Paragraph 106a SGB V setzt sich aus Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zusammen. Kernfrage ist dabei: Haben Sie die abgerechneten Leistungen gemäß der rechtlichen Bestimmungen vollständig und persönlich erbracht? Auch hier wird dargestellt, nach welchen Kriterien eine Prüfung veranlasst wird. Zudem wird der Verfahrensablauf detailliert aufgezeigt,

um die Wege der Entscheidungsfindung offenzulegen und zu verdeutlichen, wann und auf welche Weise Sie an der Sachverhaltsaufklärung mitwirken können und wie Sie das tun sollten.

### Themenschwerpunkte

- Durchschnittsprüfung
- Richtgrößenprüfung (Arznei- und Heilmittel, inklusive Ergo- und Logotherapie)
- Wirkstoffprüfung
- Einzelfallprüfungen
- Unzulässige Verordnungen
- Abgrenzung zur Honorarprüfung/ Plausibilitätsprüfung

Referenten sind KVB-Mitarbeiter, die Teilnahme ist kostenfrei.

### Termine

- 8. November 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Regensburg
- 13. Dezember 2017  
15.00 bis 18.00 Uhr  
KVB Bayreuth

## Seminar des Monats für Hausärzte

### DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Sind Sie koordinierender Arzt im Rahmen der Disease Management Programme (DMP)?

Dann bieten wir Ihnen mit dem DMP-Fortbildungstag eine Möglichkeit, wie Sie Ihre jährliche Fortbildungspflicht für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit sowie die im Drei-Jahres-Rhythmus nachzuweisende Fortbildung zum DMP Asthma/COPD an einem Tag erfüllen können.

Die Referenten vermitteln Ihnen neue sowie bekannte Erkenntnisse aus der Forschung, die für die Umsetzung der DMP relevant sind. Jeder Referent setzt das besondere Augenmerk auf ein spezielles Thema aus der jeweiligen Indikation.

### Wichtig

Die Teilnahme speziell an dieser Veranstaltung ist nicht verpflichtend. Sie können Ihrer Fortbildungspflicht im Rahmen der DMP auch durch andere Veranstaltungen nachkommen. Diese Veranstaltung ersetzt nicht die umfangreichere, eintägige Eingangsfortbildung, die koordinierende Ärzte innerhalb des ersten Jahres ihrer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 absolvieren müssen.

### Themenschwerpunkte

- DMP Asthma/COPD
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzkrankheit

Dozenten sind externe ärztliche Referenten. Die Teilnahmegebühr beträgt 95,- Euro pro Person.

### Termine

- 14. Oktober 2017  
10.00 bis 15.00 Uhr  
KVB Würzburg
- 18. November 2017  
10.00 bis 15.00 Uhr  
KVB Regensburg
- 25. November 2017  
10.00 bis 15.00 Uhr  
KVB Nürnberg
- 9. Dezember 2017  
10.00 bis 15.00 Uhr  
KVB München

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](mailto: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 zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind voraussichtlich ab Mitte November 2017 im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche mit Online-Anmeldung* zu finden. Die Seminarbroschüren 2018 versenden wir Anfang Dezember 2017 an die Praxen.

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.

### Themengebiet

#### Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Fortgeschrittene

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 5 - Repetitorium

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

#### Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

Datenschutzgrundverordnung - was ändert sich?

#### DMP

DMP - Brustkrebs für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Schulung nichtinsulinpflichtiger Gestationsdiabetes

#### Fachseminare

Notfalltraining - Refresher

Prüfungen im Vertragsarztbereich

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen III - Demenz und Sexualität im Alter

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017 8. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017 15. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. Oktober 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. Oktober 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	8. November 2017	16.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Poolärzte	kostenfrei	7. November 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. Oktober 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017 8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Oktober 2017	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	27. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. Oktober 2017 21. Oktober 2017	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. Oktober 2017 28. Oktober 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro (Ärzte) 50,- Euro (MFA)	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	21. Oktober 2017 28. Oktober 2017	13.30 bis 16.45 Uhr 13.30 bis 16.45 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Oktober 2017	10.00 bis 15.30 Uhr	München

**Fortbildungspunkte**

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

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

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

**Kooperationen**

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?

**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer-/Abgeberforum

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

**Personal und Marketing**

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Führungskräfte in der Praxis - Teamentwicklung

Konfliktmanagement

Start-Up - ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Update Führung für erfahrene Führungskräfte

**Praxismanagement**

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

**Qualitätsmanagement**

Qualitätsmanagement für Einsteiger

**Selbstmanagement**

Stressprävention und Selbstmanagement

**Verordnung**

Einsteigerkurs Verordnung

Verordnungen - Erstinformationen

**Wirtschaft und Recht**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		15. November 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		11. November 2017	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		15. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	München
		15. November 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing



# KVBIINFOS 11|17

## ABRECHNUNG

- 174 Die nächsten Zahlungstermine
- 174 Beendigung des Geriatriischen Praxisverbands

## VERORDNUNG

- 175 HPV-Impfstoff richtig verordnen!
- 175 Impfung Haemophilus influenzae Typ b
- 176 Patientenhinweis:  
Die Heilmittelverordnung

## QUALITÄT

- 176 Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

## ALLGEMEINES

- 177 Neue Services im Mitgliederportal „Meine KVB“
- 177 Betreuungsvollmacht – Wichtiges für Vertragsärzte
- 178 Ärztliche Schweigepflicht: externe Dienstleister

## SEMINARE

- 178 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 179 Seminar des Monats für Praxisinhaber und -mitarbeiter
- 180 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

**10. November 2017**  
Abschlagszahlung Oktober 2017

**11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 2017

### Zahlungstermine 2018

**11. Januar 2018**  
Abschlagszahlung Dezember 2017

**31. Januar 2018**  
Restzahlung 3/2017

**12. Februar 2018**  
Abschlagszahlung Januar 2018

**12. März 2018**  
Abschlagszahlung Februar 2018

**10. April 2018**  
Abschlagszahlung März 2018

**30. April 2018**  
Restzahlung 4/2017

**11. Mai 2018**  
Abschlagszahlung April 2018

**11. Juni 2018**  
Abschlagszahlung Mai 2018

**10. Juli 2018**  
Abschlagszahlung Juni 2018

**31. Juli 2018**  
Restzahlung 1/2018

**10. August 2018**  
Abschlagszahlung Juli 2018

**10. September 2018**  
Abschlagszahlung August 2018

**10. Oktober 2018**  
Abschlagszahlung September 2018

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

## Beendigung des Geriatrischen Praxisverbunds

Der Geriatrische Praxisverbund (GVP) wurde gemeinsam mit den teilnehmenden Krankenkassen in die neue Vergütungssystematik überführt. Damit enden die Verträge mit den noch verbleibenden Kassen zum 30. September beziehungsweise 31. Dezember 2017. Vertragsärzte, die an der kooperativen Pflegeheimversorgung interessiert sind, können im Rahmen eines Kooperationsvertrags gemäß Anlage 27 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraf 119b SGB V die Versorgung ihrer Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen übernehmen. Für die damit verbundenen erhöhten ärztlichen Kooperations- und Koordinationsaufgaben sind die Leistungen aus Kapitel 37.2 (EBM) mit vorheriger Berechtigung der KVB abrechenbar. Entsprechende Vorgaben, den Musterkooperationsvertrag sowie Erläuterungen fin-

den Sie unter [www.kvb.de/pflegeheimversorgung](http://www.kvb.de/pflegeheimversorgung).

Die hausärztliche Behandlungs- und Betreuungspauschale (GOP 97960) sowie die fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungspauschale (GOP 97960A) sind ab 1. Januar 2018 nicht mehr für Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen abrechenbar.

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)

### Beendigung der Förderung der GPV im Überblick

Kasse	Leistungsvergütung		Beendigung
	Hausärzte GOP 97960	Fachärzte/Psycho- therapeuten GOP 97960A	
AOK Bayern	25,- Euro		30. September 2017
BKK Landes- verband	25,- Euro		30. September 2017
SBK	25,- Euro	17,50 Euro	31. März 2017
Barmer	25,- Euro	17,50 Euro	31. März 2017
SLVFG	25,- Euro		30. September 2017
Knappschaft	25,- Euro	17,50 Euro	31. Dezember 2017

## HPV-Impfstoff richtig verordnen!

Die beiden derzeit verfügbaren HPV-Impfstoffe – Gardasil® 9, Cervarix® – sind für das „2-Dosen-Schema“ zugelassen und damit gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie für Mädchen im Alter von neun bis 14 Jahren verordnungsfähig. Gardasil® (4-valent) ist für die Anwendung des „2-Dosen-Schema“ nur im Alter von neun bis 13 Jahren zugelassen, der Impfstoff soll aber demnächst vom Markt genommen werden. Je nach Impfstoff ist im Alter von neun bis 13 (Gardasil® (4-valent)) beziehungsweise neun bis 14 Jahren (Gardasil® 9, Cervarix®) ein „2-Dosen-Impfschema“ mit einem Impfabstand von fünf beziehungsweise sechs Monaten zugelassen.

Bei Nachholimpfungen oder der Vervollständigung einer Impfserie im Alter von über 13 beziehungsweise 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von unter sechs Monaten zwischen der ersten und zweiten Impfstoffdosis ist eine dritte Impfstoffdosis erforderlich. Eine begonnene Impfserie sollte möglichst mit dem gleichen HPV-Impfstoff vervollständigt werden (siehe auch Epidemiologisches Bulletin Nr. 16 vom 25. April 2016, Seite 137).

Unabhängig von den in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Altersgrenzen darf eine Impfung grundsätzlich (Ausnahme: Pneumokokken, Rotavirus) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt beziehungsweise darf der Impfschutz vervollständigt werden (Paragraf 11 Absatz 2 Schutzimpfungs-Richtlinie).

### Einzelverordnung

Der HPV-Impfstoff ist auf den Namen der Patientin zu verordnen.

Bitte vergessen Sie nicht die Ziffer „8“ in das Feld „8“ einzutragen. Nur so kann der Impfstoff eindeutig identifiziert und die Kosten separat erfasst werden. Das Ankreuzen der Statusfelder 6, 7, 8 oder 9 ist maschinell nicht lesbar.

Eine Übersicht der Abrechnungsziffern finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

### Diagnostik nicht sinnvoll

Bei Durchführung einer HPV-Impfung wird eine vorangehende HPV-Diagnostik vom Robert Koch-Institut nicht als sinnvoll erachtet. Ein solches Vorgehen wird auch im Rahmen der STIKO-Empfehlungen nicht gefordert. Es ist daher davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen werden.

Die aktuelle Schutzimpfungs-Richtlinie finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Schutzimpfungsrichtlinie.

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)

## Impfung Haemophilus influenzae Typ b

In der Schutzimpfungs-Richtlinie ist die Impfung Haemophilus influenzae Typ b auch als Indikationsimpfung „für Personen mit anatomischer oder funktioneller Asplenie“ vorgesehen.

Für alle Krankenkassen ist ab dem Quartal 4/2017 die HIB-Indikationsimpfung (funktionelle oder anatomische Asplenie) mit den in Deutschland zugelassenen Mono-Impfstoffen als Sachleistung zu erbringen.

- Bezug des Impfstoffes erfolgt über Einzelverordnung: HIB-Mono-Impfstoffe (Act-HIB®) über Muster 16 mit Kennzeichnung der Ziffer 8
- Abrechnung der Impfleistung erfolgt über GOP 89104 B: „Haemophilus influenzae Typ b – sonstige Indikationen“

Eine aktualisierte Übersicht der Abrechnungsziffern finden Sie unter [www.kvb.de](http://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](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Patientenhinweis:

### Die Heilmittelverordnung

In unserem Patientenhinweis „Die Heilmittelverordnung“ informieren wir Ihre Patienten, dass Sie die Heilmittel-Richtlinie inklusive des Heilmittelkatalogs sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingend zu beachten haben, bevor Sie eine Verordnung ausstellen. Außerdem werden verschiedene Fragen, beispielsweise zum Hausbesuch geklärt.

Patientenhinweise sind ein gutes Mittel, um Ihre Patienten bereits im Wartezimmer vorab zu informieren. Sie finden unsere Patientenhinweise unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise*.

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)

## Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

Um das Genehmigungsverfahren im Bereich der apparativen Anforderungen zu vereinfachen, wurde die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V angepasst. Die Änderung ist zum **1. Oktober 2017** in Kraft getreten und betrifft die Bereiche der (allgemeinen) Röntgendiagnostik einschließlich Computertomographie und Knochendichtemessung (Osteodensitometrie). Für bestehende Genehmigungen ändert sich nichts. Für Genehmigungen ab Oktober gelten bezüglich der Nachweise künftig folgende Neuerungen.

### Gewährleistungserklärungen entfallen

Die KVB erteilt die Genehmigung weiterhin nach Anwendungsbereichen (früher Anwendungsklassen). Diese sind jedoch nicht mehr in der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) definiert, sondern entsprechen den röntgenrechtlichen Vorgaben. Aus den eingereichten Unterlagen muss eindeutig hervorgehen, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß Anlage 1 Richtlinie für Sachverständigenprüfung nach Röntgenverordnung für die beantragten Anwendungsbereiche erfüllt sind. Hierfür benötigt die KVB den Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung. Eine Gewährleistungserklärung des Herstellers pro Anwendungsklasse, in der bestätigt wird, dass das jeweils verwendete Gerät die apparativen Mindestanforderungen der jeweiligen Anwendungsklasse erfüllt, muss nicht mehr eingereicht werden.

### Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung als neuer Nachweis

Die Vorlage des Berichts zur Sachverständigenprüfung ist erforder-

lich bei Neuanträgen und Apparateänderungen mit neuem Gerät. Bei gemeinsamer Apparatennutzung (zum Beispiel innerhalb einer Apparatengemeinschaft oder innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums) muss der Prüfbericht nicht eingereicht werden, wenn der KVB bereits Gewährleistungserklärungen vorliegen.

### Weiteres Vorgehen

Im nächsten Schritt sollen die apparativen Anforderungen für die Strahlenmedizin und Nuklearmedizin überarbeitet werden. Der Volltext der QSV sowie die angepassten Antragsformulare finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Strahlendiagnostik und -therapie*.

## Neue Services im Mitgliederportal „Meine KVB“

Über unser Mitgliederportal „Meine KVB“ haben Sie Zugang zu unserem gesamten Online-Angebot. Ab sofort stehen Ihnen dort zwei neue Services zur Verfügung.

### Anzeige der „Top-Formulare“

Unsere Formulare und Anträge finden Sie nicht nur auf unserer Internetseite [www.kvb.de](http://www.kvb.de), sondern auch im Mitgliederportal „Meine KVB“. Dieses Angebot haben wir weiter ausgebaut. Abhängig von Ihrer Fachgruppe werden Ihnen die am häufigsten verwendeten Genehmigungsanträge angezeigt, damit Sie diese bei Bedarf schneller und einfacher finden. Die Auflistung der „Top-Formulare“ finden Sie im Mitgliederportal im Bereich „Formulare und Anträge“ direkt auf der Kategorie-kachel „Genehmigung“.

### Ausbau Ihres Benutzerprofils

Ihre wichtigsten Stammdaten finden Sie in Ihrem Benutzerprofil. Ab sofort werden Ihnen dort Ihre persönlichen Daten, wie zum Beispiel Ihre Wohnadresse, Geburtsdatum, LANR, Tätigkeiten/Tätigkeitsumfänge und Ihre Fachgruppe angezeigt. Auch diesen Bereich bauen wir weiter aus. Zukünftig sollen Ihnen hier beispielsweise auch umfangreiche Daten zu Ihrer Praxis oder Ihren Genehmigungen zur Verfügung stehen. So können Sie jederzeit überprüfen, ob die uns vorliegenden Daten zu Ihrer Person und Praxis noch aktuell sind.

Wir entwickeln „Meine KVB“ schrittweise weiter, um den Service für Sie stetig zu verbessern. Sie sind herzlich eingeladen, sich mit Verbesserungsvorschlägen an uns zu wenden. Wir freuen uns über Ihr Feedback an E-Mail [mitgliederportal@kvb.de](mailto:mitgliederportal@kvb.de).

## Betreuungsvollmacht – Wichtiges für Vertragsärzte

Was muss ein Vertragsarzt beachten, wenn ein Patient nicht mehr selbst für sich sorgen kann? Ist eine Person nicht mehr handlungs- oder geschäftsfähig, wird ein Betreuer bestellt, der die Person vertritt und in deren Namen verbindliche Entscheidungen trifft.

Durch eine Betreuungsvollmacht kann der zu Betreuende seinen Betreuer selbst bestimmen und/oder bestimmte Personen als Betreuer ausschließen. Liegt keine Betreuungsvollmacht vor, kann ein Betreuer von einem Betreuungsgericht zugewiesen werden, wenn dem Gericht Umstände bekannt werden, dass eine Betreuung erforderlich wird.

Eine Betreuungsvollmacht kann folgende Regelungen enthalten:

- Gesundheitsfürsorge
- Personenfürsorge
- Vermögensfürsorge

An dieser Stelle wollen wir den Punkt Betreuung zur Gesundheitsfürsorge näher betrachten: Welche Auswirkungen hat eine Bestellung eines Betreuers auf die ärztliche Behandlung?

Ein Behandlungsvertrag wird im Fall einer Betreuung nicht mit dem Patienten selbst, sondern mit dem Betreuer abgeschlossen. Dieser ist dann berechtigt, diejenigen Rechte die normalerweise dem Patienten zustehen, gegenüber dem Arzt geltend zu machen und Therapieentscheidungen zu treffen.

Auskünfte über Krankheiten beziehungsweise Operationsmöglichkeiten, die Sie als Arzt auch gegenüber Angehörigen, Eheleuten oder Kindern ohne Einverständnis des Patienten nicht erteilen dürfen,

können beziehungsweise müssen Sie dem Betreuer mitteilen, wenn diese für Einwilligungen in Therapieentscheidungen erforderlich sind, ohne dass es einer Einverständniserklärung des betreuten Patienten bedarf.

Gegenüber dem Bevollmächtigten und dem Betreuer ist der Arzt zur Auskunft berechtigt und verpflichtet, da die Betreuungsverfügung den Arzt von der Schweigepflicht entbindet. Bei einem gerichtlich bestellten Betreuer müssen Sie sich die Urkunde (Betreuerausweis) vorlegen lassen. Es empfiehlt sich, eine Kopie in der Patientendokumentation festzuhalten.

Wenn Sie als Arzt feststellen sollten, dass sich ein Patient nicht mehr um sich selbst kümmern kann, sollten Sie das Betreuungsgericht beim Amtsgericht/Familiengericht informieren und die Bestellung eines Betreuers anregen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Stefan Schlosser unter

Telefon	09 11 / 9 46 67 – 2 03
Fax	09 11 / 9 46 67 – 6 62 03
E-Mail	<a href="mailto:Stefan.Schlosser@kvb.de">Stefan.Schlosser@kvb.de</a>

## Ärztliche Schweigepflicht: Seminar des Monats für Praxisinhaber externe Dienstleister

Der Arzt selbst sowie seine angestellten Praxismitarbeiter und Auszubildenden unterliegen als sogenannte Berufsgeheimnisträger der ärztlichen Schweigepflicht. Verstöße hiergegen stellt Paragraf 203 Strafgesetzbuch (StGB) unter Strafe. Ein rechtlicher Graubereich war bisher, wenn nicht in der Praxis angestellte Dienstleister Zugriff auf Patientendaten hatten. Beim Einsatz von IT-Systemen ist der Praxisinhaber oftmals auf die Hilfeleistung anderer Personen angewiesen: beispielsweise bei der Installation neuer Komponenten oder dem Support der Praxisverwaltungssoftware durch einen IT-Spezialisten.

Die Gesetzesänderung soll die Möglichkeiten für Berufsgeheimnisträger erweitern, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit grundsätzlich ohne strafrechtliches Risiko der Mitwirkung dritter Personen zu bedienen. Danach ist künftig auch die Strafbarkeit der Offenbarung von Patientendaten an vertraglich beauftragte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Dienstleister vom Strafbarkeitstatbestand ausgenommen, soweit die Kenntnisnahme durch deren Aufgabenbereich gedeckt ist. Derartige Dienstleister fallen insoweit selbst unter den Regelungsbereich des Paragraphen 203 StGB. Das Gesetz wird nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 33

Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 63 33

E-Mail [Praxisfuehrung@kvb.de](mailto:Praxisfuehrung@kvb.de)

### Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Erfahrene betriebswirtschaftliche Berater der KVB sensibilisieren Sie in Ihrer Unternehmerfunktion, damit Sie auch zukünftig die Praxis wirtschaftlich führen können. Von großer Bedeutung ist dabei die regelmäßige Überprüfung wichtiger betriebswirtschaftlicher Kennzahlen. Diese verstehen, werten und aktiv steuern zu können, ist Ziel des Seminars.

### Themenschwerpunkte

- Die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) – Grundlage für die Praxissteuerung
- Das Verstehen der eigenen BWA: Einnahmen/Ausgaben/Liquidität
- Zusammensetzung der Einnahmen:
  - Einflussfaktoren auf den Umsatz
  - Der interne und externe Praxisvergleich mittels KV-Analysen: Fallzahl, Fallwert
- Betriebsausgaben:
  - Analyse der typischen Ausgabenstruktur – Einflussmöglichkeiten
  - Vergleich der eigenen Ausgabenstruktur mit der Fachgruppe
  - Die regelmäßige Chef-Info: Wichtige Kennzahlen für die Praxis

Referenten sind KVB-Mitarbeiter, die Teilnahme ist kostenfrei.

### Termine

- 15. November 2017  
15.00 bis 17.30 Uhr  
KVB Straubing
- 22. November 2017  
15.00 bis 17.30 Uhr  
KVB Augsburg

## Seminar des Monats für Praxisinhaber und -mitarbeiter

### Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Ein wesentlicher Bestandteil des Hygienemanagements in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren betrifft die hygienischen Anforderungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten.

Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor gilt es, die Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, des Robert Koch-Instituts und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ zu beachten und die sich daraus ergebenden Vorgaben umzusetzen.

Wie Sie diese Anforderungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten erfüllen, erfahren Sie in diesem Seminar. Es bietet einen guten Einstieg in die Sachkunde, ersetzt aber nicht die Teilnahme an einem eigenen Sachkundekurs, der deutlich mehr Wochenstunden beinhaltet.

### Themenschwerpunkte

Rechtliche Grundlagen:

- Planung zur Aufbereitung und Verantwortlichkeiten
- Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten
- Instrumentenkunde

Schwerpunkte der Aufbereitung:

- Sachgerechte Vorbereitung
- Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung
- Prüfung auf Sauberkeit, Funktionsprüfung, Pflege
- Verpackung
- Kennzeichnung
- Sterilisation

- Dokumentierte Freigabe
- Lagerung
- Räumliche und organisatorische Aspekte der Aufbereitung
- Erstellung von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zur Aufbereitung

Behördliche Begehungen

Referenten sind externe Referenten, die Teilnahmegebühr beträgt 95.- Euro pro Person.

### Termine

- 29. November 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr  
KVB Nürnberg
- 8. Dezember 2017  
15.00 bis 19.00 Uhr  
KVB München

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](mailto: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 zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind voraussichtlich ab Mitte November 2017 im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche mit Online-Anmeldung* zu finden. Die Seminarbroschüren 2018 versenden wir Anfang Dezember 2017 an die Praxen.

Bitte beachten Sie, dass die hier aufgeführten 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.

### Themengebiet

#### Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Fortgeschrittene

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 5 - Repetitorium

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

#### Datenschutz

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Datenschutzgrundverordnung - was ändert sich?

#### DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsbildung

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma-COPD

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

#### Fachseminare

Fortbildung Impfen

Hautkrebsscreening

Prüfungen im Vertragsarztbereich

#### Kooperationen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Dezember 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2017 14. Dezember 2017	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	25. November 2017	9.00 bis 16.15 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	29. November 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	2. Dezember 2017	9.30 bis 14.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	22. November 2017 13. Dezember 2017	17.30 bis 20.30 Uhr 17.30 bis 20.30 Uhr	München Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. November 2017	17.00 bis 21.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	9. Dezember 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	24. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	18. November 2017 25. November 2017 9. Dezember 2017	10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg Nürnberg München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. Dezember 2017 9. Dezember 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	2. Dezember 2017 9. Dezember 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	2. Dezember 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	18. November 2017	9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München

**Fortbildungspunkte**

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

<b>Themengebiet</b>
<b>Niederlassung und Praxisabgabe</b>
Gründer-/Abgeberforum
Praxisführung in der PT-Praxis: Informationen und Tipps
<b>Praxismanagement</b>
Emotionale Intelligenz in der Praxis
Führungskräfte in der Praxis - Teamentwicklung
Personalgespräche effektiv führen
Praxismarketing als Teamaufgabe
Professionelle Patientenführung
Start-Up ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger
Stressprävention und Selbstmanagement
Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung
Telefontraining für die Praxis
Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen
<b>Qualitätsmanagement</b>
Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten
Qualitätsmanagement für Einsteiger
<b>Qualitätszirkel</b>
Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel
Regionales Moderatorentreffen – Coaching im Qualitätszirkel
Regionales Moderatorentreffen für Psychotherapeuten – Selbstbewertung nach QEP®
<b>Verordnung</b>
Refresher-Kurs rund um die Verordnung
Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel
<b>Wirtschaft und Recht</b>
Alles rund ums Arbeitsrecht
Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	18. November 2017 2. Dezember 2017	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. November 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. Dezember 2017	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2017 29. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. Dezember 2017 8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. November 2017 8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Dezember 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
QZ-Moderatoren	kostenfrei	22. November 2017	16.00 bis 20.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	22. November 2017	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2017 22. November 2017	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing Augsburg



# KVBIINFOS 12|17

## ABRECHNUNG

- 186 Die nächsten Zahlungstermine
- 186 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017
- 188 Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Januar 2018
- 188 EBM-Änderungen
- 193 iFOBT nur für Arztgruppen nach Kapitel 12 berechnungsfähig
- 194 iFOBT: Immunchromatographische Schnellteste erfüllen nicht KFE-RL-Anforderungen
- 194 ASV – Mindestmengen gynäkologische Tumore
- 195 Notwendige Angaben bei Überweisungen an Pathologen
- 196 GenDG bei Veranlassung des HLA-B27-Nachweises
- 197 Ultraschallscreening Bauch-aortenaneurysmen bald GKV-Leistung

## VERORDNUNG

- 198 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 198 Substitutionstherapie
- 199 Verordnung von Cannabis
- 199 Zweitschrift nur im Ausnahmefall möglich
- 199 Immuntherapeutika bei Plaque-Psoriasis
- 200 FAQ zu Impfungen
- 200 FAQ zu Heilmitteln überarbeitet

## IT IN DER PRAXIS

- 200 DMP COPD – Update der Dokumentationssoftware

## SEMINARE

- 201 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 201 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 204 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

**11. Dezember 2017**  
Abschlagszahlung November 2017

### Zahlungstermine 2018

**11. Januar 2018**  
Abschlagszahlung Dezember 2017

**31. Januar 2018**  
Restzahlung 3/2017

**12. Februar 2018**  
Abschlagszahlung Januar 2018

**12. März 2018**  
Abschlagszahlung Februar 2018

**10. April 2018**  
Abschlagszahlung März 2018

**30. April 2018**  
Restzahlung 4/2017

**11. Mai 2018**  
Abschlagszahlung April 2018

**11. Juni 2018**  
Abschlagszahlung Mai 2018

**10. Juli 2018**  
Abschlagszahlung Juni 2018

**31. Juli 2018**  
Restzahlung 1/2018

**10. August 2018**  
Abschlagszahlung Juli 2018

**10. September 2018**  
Abschlagszahlung August 2018

**10. Oktober 2018**  
Abschlagszahlung September 2018

**31. Oktober 2018**  
Restzahlung 2/2018

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2017 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Januar 2018**, 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, beigefügt werden.

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

Seit 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 im Mitgliederportal unter der Kachel „Dateien einreichen (ONDES)“ 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 Perso-

nalisierung) können Sie auch weiterhin 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*.

Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ mit Klick auf die Kachel „Notarzt-Abrechnung anlegen“.

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)

## Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO)

ab 1. Januar 2018

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der Bayerischen Euro-Gebührenordnung 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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Für das Jahr 2018 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 10,6543 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 Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM* bereit.

Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von

uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf CD natürlich auch per E-Mail unter [info@kvb.de](mailto:info@kvb.de) oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

## EBM-Änderungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner

- 404. Sitzung vom 11. Oktober 2017 (Teil A und Teil B, schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. April und 1. Juli 2017,
- 404., 405. und 406. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 sowie in seiner
- 402. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2018

rückwirkend Änderungen des EBM beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte/Therapeuten bereits gesondert informiert. 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-desbewertungsausschusses.de](http://www.institut-desbewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

### EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. April und 1. Juli 2017

Beschluss aus der 404. Sitzung des Bewertungsausschusses (Teil A und B)

- **Streichung der Abrechnungsausschlüsse bei vertiefter Exploration und ergänzender Erhebung**  
 Rückwirkend zum 1. April 2017 werden die im Rahmen der Strukturreform Psychotherapie aufgenommenen sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der vertieften Exploration nach Gebührenordnungsposition 35141 und des Zuschlags für die Erhe-

bung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde nach Gebührenordnungsposition 35142 gegen die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 (alt) beziehungsweise der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 (neu ab 1. Juli) wieder aufgehoben.

■ **Anpassung der Leistungslegende der GOP 35130 (Bericht an Gutachter)**

Der Bewertungsausschuss hat in seinem oben genannten Beschluss ebenfalls rückwirkend, nämlich zum 1. Juli 2017, die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 35130 (Bericht an den Gutachter oder Obergutachter) angepasst. In der Leistungslegende wird nun auch die analytische Psychotherapie aufgeführt und bei Kurzzeittherapie ergänzt „1 oder 2“.

**EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. Oktober 2017**

**Neue EBM-Leistungen bei Verordnung von Cannabis**

Beschluss aus der 405. Sitzung des Bewertungsausschusses

Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben seit dem 10. März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Cannabis. Jeder Haus- und Facharzt darf seitdem unter Beachtung seiner Fachgebietsgrenzen getrocknete Cannabisblüten und -extrakte sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon auf einem Betäubungsmittelrezept verordnen. Wir hatten hierüber in unserem „Verordnung Aktuell“ vom 27. Juni 2017 berichtet.

Zur Vergütung des ärztlichen Aufwands bei der Verordnung von Cannabis hat der Bewertungsausschuss rückwirkend zum 1. Oktober 2017 drei neue Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen.

**Neue Gebührenordnungsposition für ärztliche Stellungnahme beim Antrag**

Vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats muss der Patient die Genehmigung seiner Krankenkasse einholen. Für die Antragstellung bei der Krankenkasse benötigen Patienten eine Stellungnahme ihres Arztes.

**GOP 01626 – Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V, einmal je Erstverordnung**

EBM-Bewertung	143 Punkte
Preis B€GO	15,06 Euro

Für jede Erstverordnung ist eine Genehmigung erforderlich (beispielsweise auch bei Wechsel von getrockneten Blüten zu Extrakten), daher kann die GOP 01626 einmal je Erstverordnung, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall, berechnet werden.

**Neue Gebührenordnungspositionen für Begleiterhebung**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt zu den Cannabis-Verordnungen eine nicht-interventionelle Begleiterhebung über 60 Monate durch. Die Teilnahme an der Begleiterhebung ist für den Vertragsarzt verpflichtend, sobald eine von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigte Therapie mit Cannabisarzneimitteln erfolgt. Die neuen Gebührenordnungspositionen 01460 und 01461 können

nur im Zeitraum der fünfjährigen Begleiterhebung, das heißt bis zum 31. März 2022, abgerechnet werden.

**GOP 01460 – Aufklärung über die Begleiterhebung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit Paragraf 3 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)**

EBM-Bewertung	28 Punkte
Preis B€GO	2,95 Euro

**GOP 01461 – Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit Paragraf 4 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)**

EBM-Bewertung	92 Punkte
Preis B€GO	9,69 Euro

- Je genehmigter Cannabis-Leistung einmal berechnungsfähig – entweder nach Ablauf eines Jahres nach Beginn der Therapie oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes.
- Bei Therapiewechsel (Wechsel innerhalb der unterschiedlichen Verabreichungsmöglichkeiten von Cannabis) ist die GOP 01461 erneut abrechenbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall.
- Für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, einmal berechnungsfähig.

Weitere Informationen zur Verordnung von Cannabis und zur Begleiterhebung, wie zum Beispiel unsere Ausgabe „Verordnung Aktuell“ vom 27. Juni 2017, finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittela-z/Cannabis*.

**Pränatale Mutationssuche**

Beschluss aus der 404. Sitzung (Teil D) des Bewertungsausschusses

Durch die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur nicht invasiven Pränataldiagnostik wurde eine gesellschaftliche Erörterung angestoßen. Dem Ergebnis dieser Erörterungen will der Bewertungsausschuss durch seine Beratung zur Weiterentwicklung der humangenetischen Leistungen in der Mutterschaftsvorsorge nicht vorgehen und hat deswegen seine Beratungen unterbrochen.

Bis zu einer Anpassung der genetischen Leistungen im EBM gelten die aktuellen Regelungen zur Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11513 und 11514 bei vorgeburtlichen Indikationen fort. Bisher gilt, dass die vorgenannten Leistungen im Ausnahmefall bei medizinischer Notwendigkeit auch pränatal berechnungsfähig sind.

- Die medizinische Notwendigkeit muss einzelfallbezogen bei der Abrechnung gegenüber der zuständigen KV schriftlich nachgewiesen werden. Die medizinische Begründung ist in der Feldkennung 5009 (freies Begründungsfeld) bei jeder abgerechneten GOP einzutragen.
- Bei vorgeburtlicher Durchführung der „großen“ Mutationssuche nach GOP 11514 ist keine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse erforderlich.
- **Neu ist, dass die Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11513 und 11514 mit dem Buchstaben „V“ in der Abrechnung zu kennzeichnen sind, wenn diese Leistungen pränatal durchgeführt werden.**

**Hinweis:** Gegebenenfalls sind die Gebührenordnungspositionen 11502V, 11503V, 11513V und 11514V noch nicht in Ihrer Software-Datenlieferung enthalten und müssen von Ihnen im Softwaresystem manuell erfasst werden.

**Weitere klarstellende EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen****Anpassung der Leistungslegende/erste Anmerkung der GOP 01438**

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Gebührenordnungsposition 01438 für die telefonische Kontaktaufnahme wurde wegen der zum 1. Oktober 2017 geänderten GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren (GOP 04414/13574, alt: GOP 04417/13554) beziehungsweise Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (GOP 04416/13576, alt: GOP 04417/13554) angegliedert.

**Kontrolle von Schrittmachersystemen nach Kapitel 13 des EBM – Wer darf die neuen Gebührenordnungspositionen ab 1. Oktober 2017 abrechnen?**

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 406. Sitzung wurde durch Ergänzung in der Präambel 13.1 Nummer 3 des EBM klargestellt, dass die neuen Gebührenordnungspositionen für die konventionelle und telemedizinischen Funktionsanalyse von Herzschrittmachersystemen von Kardiologen ohne Vorliegen besonderer Voraussetzungen berechnungsfähig sind.

Andere Internisten mit/ohne Schwerpunkt können die GOP nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie zum Stichtag 30. Juni 2017 über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V verfügen. Für die Abrechnung der neuen telemedizinischen Funktionsanalysen (GOP 13574 und 13576) ist darüber hinaus Voraussetzung, dass bereits in mindestens zwei vor dem 30. Juni 2017 liegenden Quartalen telemedizinische Funktionsanalysen durchgeführt und abgerechnet wurden.

**GOP 13360 (kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten)**

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die internistischen Grundpauschalen für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13210 bis 13212) sind im Behandlungsfall neben der GOP 13360 (Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung) berechnungsfähig. Dies wurde durch Streichung des Abrechnungsausschlusses in der zweiten Anmerkung der internistischen Grundpauschalen klargestellt.

**Änderung der Anzahlbedingung der GOP 01738 (iFOBT)**

Beschluss aus der 404. Sitzung (Teil C) des Bewertungsausschusses

Versicherte haben im Rahmen der Früherkennung auf kolorektales Karzinom ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres einmal jährlich Anspruch auf die Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl (vergleiche

<b>Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen</b>			
<b>GOP</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Bewertung</b>	<b>Abrechnungshinweise</b>
32915/ 32939	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), gegebenfalls einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)	29,50 €	- je HLA-Klasse, aber höchstens zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32915 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32939 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32916/ 32940	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden	47,30 €	- je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse, aber höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig - bei vorbekanntem Antikörpernachweis nicht für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32916 und die allgemeine immungenetische Untersuchung nach GOP 32940 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32917/ 32941	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswerts	79,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32917 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32941 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig - die Untersuchungen nach den GOPen 32917 und 32941 sind im Behandlungsfall nicht neben den Untersuchungen nach den GOPen 32918 und 32942 berechnungsfähig
32918/ 32942	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest	150,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32918 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32942 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32943	Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels komplementabhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den GOP32917, 32918, 32941 oder 32942	150,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gemäß den GOP 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig - nur im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzellentransplantation berechnungsfähig
32948	Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems	28,70 €	
32949	Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels glykoproteinspezifischer Festphasenmethoden	28,70 €	- je Glykoproteinkomplex, aber höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gemäß GOP 32948 berechnungsfähig

Paragraf 2 in Verbindung mit Paragraf 35 Absatz 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie). Zur Angleichung an diese Regelung wurde die Abrechnungsbestimmung „einmal im Krankheitsfall“ zur GOP 01738 rückwirkend zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

### Anhang 3

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst.

### Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01460, 01461 und 01626 werden von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen der BÉGO vergütet.

### EBM-Änderungen zum 1. Januar 2018

#### Neue Gebührenordnungspositionen für die HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik

Beschluss aus der 402. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs werden zum 1. Januar 2018 die immungenetischen Leistungen zur HLA-Antigendiagnostik neu gefasst und an den Stand der Wissenschaft und Technik angepasst. Die Änderungen im Überblick:

- Die bisherige GOP 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Allo-Antikörpern wird gestrichen und als transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32915 (Abschnitt 32.3.15.1) sowie als allgemeine immungenetische

Untersuchung nach GOP 32939 (Abschnitt 32.3.15.2) fortgeführt.

- Darüber hinaus werden neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II jeweils in die Abschnitte 32.3.15.1 und 32.3.15.2 des EBM aufgenommen. Sie berücksichtigen neue technische Verfahren in diesem Bereich.
- Die Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Allo-Antikörpern gegen HPA-Antigene werden mit den GOP 32948 und 32949 neu in den EBM-Abschnitt 32.3.15.2 aufgenommen. Damit können diese besonders für Transplantationsträger und onkologische Patienten bedeutsamen Untersuchungen künftig als vertragsärztliche Leistung nach dem EBM abgerechnet werden.

### Genehmigung erforderlich

- Die neuen Leistungen können nur von Vertragsärzten durchgeführt und abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen verfügen.
- Darüber hinaus setzt die Berechnungsfähigkeit der GOP im Abschnitt 32.3.15.1 EBM die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß Paragraf 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4a) und 4b) Transplantationsgesetz voraus.

### Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

### GOP 11235 und 11236 ab 1. Januar 2018 genehmigungspflichtig

Beschluss aus der 402. Sitzung des Bewertungsausschusses

Zum 1. Oktober 2015 wurden die Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 9/2015). Bisher – befristet bis zum 1. Januar 2018 – konnten die GOP ohne das Vorliegen einer Genehmigung abgerechnet werden (siehe KVB INFOS, Ausgabe 3/2017). Diese Übergangsregelung endet mit Wirkung zum 1. Januar 2018. Sollte zum 1. Januar 2018 eine Qualitätssicherungsvereinbarung mit einer entsprechenden Genehmigungspflicht in Kraft treten, werden wir Sie rechtzeitig über das entsprechende Antragsverfahren 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](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## iFOBT nur für Arztgruppen nach Kapitel 12 berechnungsfähig

Die immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) im Rahmen der Krebsfrüherkennung nach Gebührenordnungsposition 01738 kann nur von den in Kapitel 12 EBM genannten Fachgruppen berechnet werden.

die Veranlassung der Laboruntersuchung für den präventiven iFOBT nach Gebührenordnungsposition 01737 ist hingegen von Hausärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Hautärzten und Urologen berechnungsfähig.

Die von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind in den arztgruppenspezifischen Kapiteln beziehungsweise Abschnitten entweder durch Aufzählung der Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel beziehungsweise Abschnitt angegeben (Allgemeine Bestimmung 1.2.2 des EBM). Die Gebührenordnungsposition 01738 ist nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nur in der Präambel des Kapitels 12 EBM als für diese Fachgruppen zusätzlich berechnungsfähige Leistung aufgenommen worden. Andere Fachgruppen, wie zum Beispiel Gynäkologen, Urologen oder Dermatologen können daher den immunologischen Stuhltest nach Gebührenordnungsposition 01738 nicht selbst erbringen und abrechnen.

Eine Eigenerbringung der Gebührenordnungsposition 01738 würde nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch dazu führen, dass die Gebührenordnungsposition wegen unvollständiger Leistungserbringung nicht berechnungsfähig wäre. Denn die Gebührenordnungsposition 01737 setzt nach ihrer Leistungsbeschreibung die „Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems“ sowie gemäß ihrem obligaten Leistungsinhalt die „Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl“ voraus. Weiterleitung und Veranlassung werden bei Eigenerbringung regelhaft nicht erbracht.

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)

In den KVB INFOS, Ausgabe 5/2017, sowie in unserem Rundschreiben vom 30. März 2017 hatten wir missverständlich mitgeteilt, dass der immunologische Stuhltest von Vertragsärzten durchgeführt und abgerechnet werden kann, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen verfügen, ohne auf die erforderliche Zuordnung der GOP 01738 in die Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel hinzuweisen. Wir bitten, unseren Fehler zu entschuldigen.

Die Ausgabe sowie Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems und

## iFOBT: Immunchromatographische Schnellteste erfüllen nicht KFE-RL-Anforderungen

Hersteller bewerben derzeit einen immunchromatographischen Schnelltest zur Darmkrebsfrüherkennung, der in der eigenen Praxis durchgeführt werden kann und nach ihrer Einschätzung den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entspricht.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfüllen immunchromatographische Schnellteste jedoch nicht den Anforderung der KFE-RL und der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01738 „Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL“.

In der Richtlinie sind die Anforderungen definiert, die solche Testverfahren erfüllen müssen. So ist in Paragraf 39 Absatz 4 Satz 2 bestimmt, dass die Untersuchung und Dokumentation mittels automatisierten Verfahren durchgeführt wird. Dies sind allesamt Verfahren, bei denen der Arzt den Test an seine Patienten ausgibt und zur Untersuchung an ein Labor weiterleitet.

Die Eigenerbringung anwendbarer immunchromatographischer Schnellteste – ähnlich gängiger Schwangerschaftsschnellteste zur Eigenanwendung – stellen keine automatisierten Analyseverfahren dar, da die Probenpipettierung manuell mittels Tropfer erfolgt. Dies ist auch dann nicht der Fall, wenn eine automatisierte Dokumentation und eine Online-Anbindung an das Praxisverwaltungssystem möglich und umgesetzt sind. Die Möglichkeit, das Messergebnis apparativ zu erfassen, macht Schnellteste nicht zu einem automatisierten Verfahren. Der G-BA hat sich in der Neufas-

sung der KFE-RL nach der Anhörung ausdrücklich für automatisierte Verfahren entschieden.

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)

## ASV – Mindestmengen gynäkologische Tumore

Für die Tumorgruppe 2 wurde in der Anlage 1.1 Buchstabe „a“ eine Anpassung der Mindestmengen realisiert. Demnach muss das Kernteam für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patienten mit einer gesicherten Diagnose, die einer unter „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen entstammt, haben.

Für Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen muss die Mindestanzahl von 60 Patienten mit gesicherter Diagnose durch das Kernteam erfüllt sein.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Juli 2017 ist mit Wirkung zum 11. Oktober 2017 in Kraft getreten.

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](mailto:ASV-Abrechnung@kvb.de)

## Notwendige Angaben bei Überweisungen an Pathologen

### Companion Diagnostik

Die Leistungen der sogenannten Companion Diagnostik (= tumor-genetische Untersuchungen, die zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie zwingend erforderlich sind) nach Abschnitt 19.4.4 des EBM setzen für ihre Berechnung die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

Um die veranlassten Untersuchungen abrechnen zu können, ist der Pathologe deshalb auf die Angabe des geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittels (Angabe des Arzneimittelnamens oder des Wirkstoffs) durch die überweisende Praxis angewiesen. Bitte übermitteln Sie diese Informationen direkt im Rahmen ihres Auftrags, um notwendige Rückfragen zu vermeiden.

### Untersuchungen im Rahmen des ambulanten Operierens (zum Beispiel Schnellschnitt)

Für die Vergütung von prä-, intra- oder postoperativen pathologischen Leistungen (zum Beispiel Schnellschnitt) im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V ist – wie bei der Operation selbst – Voraussetzung, dass bei der Abrechnung ein gültiger OPS-Code aus dem Katalog nach Paragraph 3 Absatz 1 des Vertrags nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V im Behandlungsfall angegeben wird.

Auch hier ist der Pathologe auf die Angabe des gültigen OPS-Codes der zugrundeliegenden ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V durch die überweisende Praxis angewiesen. Wir bitten Sie, dies bei der Veranlassung von pathologischen

Leistungen im Rahmen einer ambulanten Operation zu beachten.

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)

## GenDG bei Veranlassung des HLA-B27-Nachweises

Seit dem 1. Juli 2017 kann die Gebührenordnungsposition 32931 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ausschließlich für den molekulargenetischen Nachweis des HLA-B27-Merkmals abgerechnet werden. Bei dem molekulargenetischen HLA-B27-Nachweis handelt es sich um eine diagnostisch-genetische Untersuchung, für die die Regelungen des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) gelten.

Die Untersuchung darf jeder Arzt veranlassen, jedoch ergeben sich für ihn als „verantwortliche ärztliche Person“ nach dem GenDG besondere Rechte und Pflichten im Rahmen der Aufklärung und Ergebnismitteilung.

### 1. Aufklärung und Einwilligung des Patienten

- Der Patient ist vor der Veranlassung über den Zweck, die Art, den Umfang und die Aussagekraft der genetischen Untersuchung mündlich aufzuklären (Paragraf 9 GenDG). Die Inhalte der Aufklärung sind zu dokumentieren.
- Die Aufklärung vor einer genetischen diagnostischen Untersuchung ist von der genetischen Beratung zu unterscheiden. Die Aufklärung soll die Voraussetzung für die Ausübung des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Patienten schaffen und eine wirksame Einwilligung der betroffenen Person in die genetische Untersuchung nach Paragraf 8 GenDG ermöglichen.
- Für die Aufklärung benötigen Sie keine besondere fachliche Qualifikation nach dem GenDG

(wie dies für eine genetische Beratung nach Paragraf 10 GenDG notwendig wäre).

- Die allgemeinen Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung sind in der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß Paragraf 23 Absatz 2 Nummer 3 GenDG dargelegt. Die Richtlinie erläutert die im GenDG genannten Inhalte der Aufklärung und weist auf die Bedeutung des Rechts auf Nichtwissen, des Widerrufsrechts, der Bedenkzeit nach Aufklärung sowie der Dokumentationspflicht durch die verantwortliche ärztliche Person hin.
  - Dem Patienten ist nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Der Zeitraum hängt dabei wesentlich von der Art und Bedeutung des Untersuchungsergebnisses und der Dringlichkeit weiterer diagnostischer, therapeutischer oder präventiver Maßnahmen ab.
  - Die Einwilligung des Patienten in die Untersuchung und Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe muss schriftlich erfolgen.
- ### 2. Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an den Patienten
- Die Ergebnisse der genetischen Analyse dürfen nach Paragraf 11 GenDG grundsätzlich nur an die verantwortliche ärztliche Person (Veranlasser) weitergegeben werden, die diese wiederum nur der untersuchten

Person mitteilen darf. Die Übermittlung an weitere Personen ist im Rahmen der Aufklärung mit dem Patienten abzuklären.

- Bei einer diagnostischen genetischen Untersuchung soll die verantwortliche ärztliche Person der betroffenen Person nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses eine genetische Beratung durch einen Arzt mit entsprechender Qualifikation anbieten (Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebiets qualifiziert haben). Bei nicht behandelbaren Erkrankungen muss eine genetische Beratung angeboten werden (Paragraf 10 GenDG).

Sofern Sie nicht über die entsprechende Qualifikation für eine fachgebundene genetische Beratung verfügen und diese daher nicht selbst durchführen können, ist der Patient an einen entsprechend qualifizierten Arzt zu überweisen.

### Hinweis zur Abrechnung

Die Aufklärung und Ergebnismitteilung ist – wie auch die fachgebundene genetische Beratung – in der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale enthalten und kann daher nicht gesondert abgerechnet werden.

Sowohl das Gendiagnostikgesetz als auch die oben zitierten Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) zu den Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung finden

## Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen bald GKV-Leistung

Sie auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts unter [www.rki.de](http://www.rki.de) in der Rubrik Kommission/Gendiagnostik-Kommission/weitere Informationen und Richtlinien.

Informationen zum Gendiagnostikgesetz sowie zur Qualifikation für die fachgebundene genetische Beratung werden auch von der Bayerischen Landesärztekammer auf ihrer Internetseite unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) in der Rubrik Fortbildung/Informationen zum GenDG bereitgestellt.

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)

Gesetzlich versicherte Männer ab einem Alter von 65 Jahren haben künftig Anspruch auf eine einmalige Abklärung ihres Risikos für Bauchaortenaneurysmen mittels Ultraschall. Eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die begleitende Versicherteninformation sind am 10. Juni 2017 in Kraft getreten.

Die Untersuchung kann nach der Richtlinie von allen Ärzten – im Rahmen ihres Fachgebiets – durchgeführt werden, die eine Genehmigung zur Ultraschalluntersuchung des Bauchs (Anwendungsbereich 7.1 der Ultraschallvereinbarung) haben und soll, soweit möglich, zusammen mit der Gesundheitsuntersuchung gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien angeboten werden.

Das Screening erfolgt mittels abdominaler Ultraschalluntersuchung orthograd am größten Durchmesser der Bauchaorta infrarenal nach der LELE-Methode. Das Screening-Ergebnis gilt dabei als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes werden im Rahmen der kurativen Behandlung vergütet.

### Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Screening-Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie erneut informieren.

Sie finden die Richtlinie zum Ultraschallscreening (US-BAA-RL) einschließlich Anlage (Versicherteninformation) auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien).

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)

## Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

### Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

#### Antidiarrhoika

Der Wirkstoff „Lactobacillus rhamnosus GG (mindestens 5 x 10<sup>9</sup> koloniebildenden Einheiten/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen“ wurde aus Nummer 12 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen. Der Wirkstoff „Lactobacillus rhamnosus GG“ ist ab sofort nicht mehr verordnungsfähig!

#### Medizinprodukte (Anlage V)

- Alcon BSS – Verlängerung der Befristung bis 8. Oktober 2018
- BD PosiFlushTM SP – Aufnahme
- BD PosiFlushTM XS – Aufnahme
- EyE-Lotion BSS – Verlängerung der Befristung bis 14. Dezember 2019
- Movicol aromafrei – Aufnahme
- Mucoclear 6 Prozent – Verlängerung der Befristung bis 15. August 2022
- Serumwerk-Augenspüllösung BSS – Verlängerung der Befristung bis 14. Dezember 2019

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)

## Substitutionstherapie

Die Regelungen zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger wurden in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) angepasst. Die Änderungen der BtMVV zielen ab auf eine Anpassung der Regelungen zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

### Take-Home-Rezepte

Z-Verschreibung: Unter bestimmten Voraussetzungen (gemäß Substitutionsrichtlinie) durften Sie Ihrem Patienten bisher schon eine Menge für bis zu zwei Tagen verordnen. Zusätzlich wurde der Überbrückungszeitraum auf maximal fünf Tage ausgedehnt, wenn einem Wochenende Feiertage vorausgehen oder folgen, auch wenn ein Brückentag dazwischenliegt.

T-Verschreibung: Ist eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich, dürfen Sie Ihrem Patienten das Substitutionsmittel grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen oder in begründeten Einzelfällen in der für bis zu 30 Tage benötigten Menge verordnen. Dies soll die Patientenautonomie stärken und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere dem Erwerbsleben, fördern. Die Voraussetzungen regelt die Substitutionsrichtlinie.

Die Buchstaben „Z“ beziehungsweise „T“ müssen auf der Verordnung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme zwingend nach dem Buchstaben „S“ vermerkt sein, das heißt „SZ“ beziehungsweise „ST“ (siehe auch Verordnung Aktuell „Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung“ vom 15. August 2017).

### Mischrezepte aus Take-Home- und Sichtvergabeverschreibung

Sie können auf einer Take-Home-Verschreibung patientenindividuelle Zeitpunkte festlegen, an denen Teilmengen des verschriebenen Substitutionsmittels in der Apotheke an den Patienten oder an Ihre Praxis abgegeben oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Jedoch muss im Fall einer Sichtvergabe, die nicht durch Sie selbst oder durch Ihr medizinisches Personal durchgeführt wird, nun eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung, beispielsweise zwischen der Apotheke und Ihnen getroffen werden. Mischrezepte können demnach nicht ohne vorherigen Vertrag mit Ihnen beliefert werden.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger* sowie auf den Internetseiten der Bundesopiumstelle unter [www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/\\_node.htm](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/_node.htm).

Die Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ist seit 2. Oktober 2017 in Kraft. Sie finden die Richtlinie auf der Internetseite der BÄK unter [www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/](http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/).

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)

## Verordnung von Cannabis

Die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen liefert zur Verordnung von Cannabis einige Klarstellungen. So gilt demnach ein Wechsel innerhalb der Therapie (getrocknete Cannabisblüte – Wechsel der Sorte) als neue Therapie und erfordert eine Neugenehmigung.

Auch hinsichtlich einer wirtschaftlichen Ordnungsweise gibt es neue Informationen: So schließt die Genehmigung einer Cannabis-Therapie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht automatisch aus!

Das neue Verordnung Aktuell „Cannabis – wirtschaftliche Verordnung“ geht auf Einzelheiten ein.

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)

## Zweitschrift nur im Ausnahmefall möglich

Eine Zweitschrift einer Verordnung ist nur in wenigen Ausnahmefällen (zum Beispiel bei Verlust der Originalverordnung) möglich. Bitte stellen Sie eine exakte Kopie des bereits ausgestellten Rezeptes aus, also keine weiteren Positionen auf diesem Ordnungsblatt. So ist – in Missbrauchsfällen – eine Zuordnung einwandfrei möglich. Bitte notieren Sie auf der Zweitschrift „Zweitschrift für Rezept vom...“, um Nachfragen der Apotheke zuvorzukommen.

Unzulässig ist es, eine Zweitverordnung auszustellen, wenn durch die Krankenkasse bei der Apotheke die Originalverordnung retaxiert wurde. Dies passiert, wenn beispielsweise Formalien – wie die Gültigkeit der Verordnung (= ein Monat) oder fehlende Arztunterschrift –, auf die die Apotheke achten muss, nicht eingehalten wurden.

Mehr zu diesem Thema finden Sie in Verordnung Aktuell „Zweitschrift nur im Ausnahmefall!“ vom 26. Oktober 2017.

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)

## Immuntherapeutika bei Plaque-Psoriasis

Seit der letzten Aktualisierung der deutschen Leitlinie zur Behandlung der Psoriasis im Jahr 2011 hat sich auf dem Pharmamarkt einiges getan und das Behandlungsspektrum hat sich deutlich erweitert. Auf die neueren Wirkstoffe wird in der Leitlinie aktuell noch kein Bezug genommen. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen in der Ausgabe 46/2017 unserer Reihe „Arzneimittel im Blickpunkt“ einen Überblick über die Behandlungsalternativen zur systemischen Immuntherapie bei mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis geben.

Die Ausgabe 46/2017 finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel im Blickpunkt/2017*.

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 zu Impfungen

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) liegt in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* eine Sammlung der bei uns eingegangenen Impfanfragen und deren Beantwortung für Sie bereit. Diese FAQ werden immer wieder ergänzt und/oder geändert, um sie an Ihre Bedürfnisse anzupassen.

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 zu Heilmitteln überarbeitet

Wir haben unsere FAQ zu Heilmitteln aufgrund Ihrer Anfragen weiter ergänzt (Frequenzempfehlung, Rückbildungsgymnastik) sowie hinsichtlich der Frage zur Verordnung eines Hausbesuchs konkretisiert.

Sie können sich hierüber unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* auf dem Laufenden halten.

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)

## DMP COPD – Update der Dokumentationssoftware

Die Dokumentation im Disease Management Programm (DMP) für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überarbeitet. Die Aktualisierung tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Der Schwerpunkt der Anpassungen liegt beim Thema Tabakentwöhnung. Die Dokumentation wurde um mehrere Fragen zur Tabakentwöhnung und zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen ergänzt. Neu sind auch Fragen zur klinischen Einschätzung des Osteoporoserisikos und inwieweit eine Empfehlung für körperliches Training ausgesprochen wurde. Bei der Erstdokumentation wird zusätzlich abgefragt, ob vor Einschreibung in das DMP COPD eine Schulung wahrgenommen wurde.

### Weitere Änderungen

Der FEV1-Wert wird nicht mehr in Litern, sondern in X Prozent des Soll-Werts angegeben. Bei den Feldern „Raucher“, „Inhalationstechnik überprüft“ und „Sonstige diagnose-spezifische Medikation“ entfällt die Möglichkeit, Daten aus der vorherigen Dokumentation zu übernehmen.

Aufgrund der beschriebenen Änderungen ist ein **Update Ihrer Dokumentationssoftware** notwendig. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.

Bitte beachten Sie: Analog zu früheren Dokumentationsanpassungen muss für COPD-Dokumentationen, die das vierte Quartal 2017 betreffen, das alte Dokumentationsformular verwendet werden, auch wenn die Dokumentation erst im Jahr 2018 erstellt wird.

Weitere Informationen zur aktualisierten Dokumentation im DMP COPD finden Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) im Informationsarchiv in der Rubrik „Richtlinien“ unter „DMP-Richtlinie“ im Reiter „Beschlüsse“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98  
 E-Mail [info-dmp@kvb.de](mailto:info-dmp@kvb.de)

## Seminar des Monats für Praxisinhaber

### Praxisführung in der PT-Praxis: Informationen und Tipps

Auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestehen eine Vielzahl komplexer Bestimmungen und Regelungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung. In diesem Seminar erhalten Sie einen Überblick über die Sie betreffenden Regelwerke und die Auswirkung auf Ihre tägliche Arbeit.

### Themenschwerpunkte

- Besonderheiten, die in Hinblick auf das Sprechstundenangebot und die Vertretung zu beachten sind
- Wie können Sie kooperieren? Von Assistenten, Anstellungen und Partnerschaften
- Dürfen Psychotherapeuten Verordnungen und Überweisungen ausstellen?
- Dürfen Psychotherapeuten Hausbesuche durchführen?

### Referenten

KVB-Mitarbeiter

### Teilnahmegebühr

kostenfrei

### Termine

- 12. Dezember 2017  
10.00 bis 14.00 Uhr  
KVB Regensburg

## Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

### Abrechnungsworkshop für Praxismitarbeiter

Bei der Interpretation der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BÉGO) und der Erstellung der Quartalsabrechnung kommt es in den Praxen immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten, die nicht auf Anhieb zu lösen sind.

In unseren fachgruppenspezifischen Abrechnungsworkshop bekommen Sie von unseren Beratern kompetente, vielseitige Beratung zu häufigen Fragen des EBM. Außerdem bieten wir Mitarbeitern die Möglichkeit, Fragen aus ihrem Versorgungsbereich zu stellen.

Unsere Experten gehen zielgerichtet auf Ihre individuellen Anliegen ein.

Mit Ihrer Anmeldung erhalten Sie einen Fragebogen. Bitte senden Sie uns damit Ihre individuellen Fragen bis spätestens acht Tage vor Seminarbeginn an die angegebene Faxnummer.

### Referenten

KVB-Mitarbeiter

### Teilnahmegebühr

kostenfrei

#### Anästhesistische und chirurgische Praxen

21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

#### Augenärzte

6. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
20. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
22. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
28. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
7. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
5. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

#### Chirurgen/Orthopäden/Reha-Praxen

6. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
14. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
22. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
11. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

**Chirurgische Praxen**

12. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
---------------	---------------------	-------------

**Fachärztliche Internisten und internistische Praxen mit Schwerpunkt**

20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
10. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
17. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
13. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
15. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

**Gynäkologische Praxen**

14. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
17. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
18. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
19. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
9. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
28. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

**Hautärztliche Praxen**

20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
8. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
9. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

**HNO-Praxen**

18. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
25. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
15. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
28. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB

**HNO-Praxen**

18. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
4. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
6. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr

**Nervenärztliche, neurologische, psychiatrische, KJP-Praxen**

11. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
10. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
16. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
7. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
22. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr

**Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen**

21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
8. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr

**Operative und belegärztliche Praxen**

9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
11. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr

**Orthopädische und Reha-Praxen**

17. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
18. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr

**Radiologische, nuklearmedizinische, strahlentherapeutische Praxen**

20. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
23. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
27. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr
28. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr
13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr

Bayreuth/KVB
München/KVB
Nürnberg/KVB
Bayreuth/KVB
Regensburg/KVB
Würzburg/KVB
Straubing/KVB
Nürnberg/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB
Nürnberg/KVB
Straubing/KVB
Bayreuth/KVB
München/KVB
München/KVB
Würzburg/KVB
Nürnberg/KVB
Bayreuth/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB

<b>Urologische Praxen</b>			
20. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
26. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
10. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
13. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	
5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
19. Dezember 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	

<b>Hausärztliche Praxen</b>			
31. Januar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
28. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
22. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
2. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
27. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
25. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
6. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	

<b>Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen</b>			
28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
24. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
25. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
3. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	
19. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
10. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung unter		<b>Unsere Servicezeiten</b>	
Telefon	0 89 / 5 70 93 – 4 00 20	■ Montag bis Donnerstag	7.30 bis 17.30 Uhr
Fax	0 89 / 5 70 93 – 4 00 21	■ Freitag	7.30 bis 14.00 Uhr
E-Mail	Seminarberatung@kvb.de		

## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter dem Punkt „Terminsuche mit Online-Anmeldung“ zu finden. Die Seminarbroschüren 2018 werden in den nächsten Tagen bei Ihnen in den Praxen ankommen.

Bitte beachten Sie, dass die hier aufgeführten 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 – 7 23

### Informationen zu Qualitätsmanagement und Hygiene

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 3 19

### 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

### Themengebiet

#### Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul II

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul II

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul V

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul VI

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

#### DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

#### Kooperationen, Wirtschaft und Recht

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

#### Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

#### Praxismanagement

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		6. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		22. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		28. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Januar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	27. Januar 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	24. Februar 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	7. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	24. Februar 2018	9.30 bis 14.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	31. Januar 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	9. Dezember 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		9. Dezember 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

**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****Qualitätsmanagement**

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

**Qualitätszirkel**

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Februar 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	27. Januar 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Dezember 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		2. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		7. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		28. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

