

KVBIINFOS

03|18

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2018
- 24 EBM – Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2018
- 28 EBM – Änderungen zum 1. Januar 2018
- 31 FFR-Messung bei koronarer Herzkrankheit bald GKV-Leistung
- 32 Rückwirkende Höherbewertung der IVOM ab 1. Januar 2018
- 33 Bauchortenaneurysmen: Patienteninformationsflyer
- 33 Nagelkorrekturspangen: Förderung

VERORDNUNG

- 34 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 34 Fiktiv zugelassene Präparate: aktualisierte Übersicht
- 35 Ergänzungen im Sprechstundenbedarf
- 35 Wirkstoffvereinbarung – „Arbeitslisten“ Generikaziele
- 35 Verordnungsfähigkeit von Vitamin-D-Präparaten
- 36 Arzneimittelverordnungssoftware: Anforderungen
- 36 Blutzuckerteststreifen wirtschaftlich verordnen
- 36 Heilmittel: Änderungen zum 1. Januar 2018
- 37 Verordnung eines Haarersatzes
- 37 Krankbeförderung verordnen

IT IN DER PRAXIS

- 37 DMP: Wegfall der Fragen zu Herzinsuffizienz

ALLGEMEINES

- 38 Nachträgliche Krankenhausverordnung
- 38 Unfallversicherungsträger: Bundesweite Clearingstelle
- 38 Zugang für Blindenführhunde zu Arztpraxen

SEMINARE

- 39 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 40 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

12. November 2018
Abschlagszahlung Oktober 2018

10. Dezember 2018
Abschlagszahlung November 2018

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2018 bis spätestens **Dienstag, den 10. April 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 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 in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigelegt werden.

Hinweis: 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 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 beigelegt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Perso-

nalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

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 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und 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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

EBM – Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 411. und 412. Sitzung und der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 53. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar und 1. April 2018 Änderungen des EBM beschlossen.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.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 zum 1. Januar 2018

Über die wichtigsten Änderungen zum 1. Januar 2018 wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Medikationsplan – Änderungen bei der Abrechnung

Beschluss aus der 411. Sitzung des Bewertungsausschusses

Seit dem 1. Januar 2018 gibt es bei der Vergütung des Medikationsplans eine Änderung: Zukünftig können Sie die Gebührenordnungsposition (GOP) 01630 als Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß Paragraf 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) – unter Beachtung der sonstigen Abrechnungsbestimmungen und -ausschlüsse – auch dann abrechnen, wenn die KVB Ihnen in

einem der Vorquartale bereits den Zuschlag zur Chronikerpauschale beziehungsweise zur Grundpauschale für die pauschale Vergütung des Medikationsplans zugesetzt hat. Bisher konnten im selben Krankheitsfall entweder die Gebührenordnungsposition 01630 einmalig oder der fachgruppenspezifische Zuschlag je Behandlungsfall zum Ansatz kommen.

Rechnen Sie die Gebührenordnungsposition 01630 für die Erstellung eines Medikationsplans ab, fügen wir Ihnen in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01630 unmittelbar folgen, den Zuschlag zur Chronikerpauschale beziehungsweise zur Grundpauschale für die pauschale Vergütung des Medikationsplans nicht zu.

Weitere klarstellende EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen

iFOBT – Ausschluss der PFG bei GOP 01738

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (Speziallabor) und entsprechende Untersuchungen werden generell nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Dies gilt daher auch für die immunologische Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT) im Rahmen der Krebsfrüherkennung nach Gebührenordnungsposition 01738. Die Gebührenordnungsposition wurde daher in Anhang 3 EBM als nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugehörig gekennzeichnet.

Neuropsychologie – keine Genehmigung für Psychotherapie notwendig

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 291. Sitzung aufgenommen, in der klargestellt wird, dass die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen gemäß der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 EBM **nicht** Voraussetzung für die Abrechnung der neuropsychologischen Leistungen des Abschnitts 30.11 EBM ist.

Kontinuierliche Mitbetreuung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – Anpassung Diagnosen an ICD-10-GM

Die Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 14313 (= Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung) und 14314 (= Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützten Einrichtungen oder Pflegeheimen) wurden zum 1. Januar 2018 angepasst. Grund hierfür ist, dass mit der Version 2018 des ICD-10-GM differenzierte ICD-Codes für das Anorexia nervosa (F50.00, F50.01, F50.08) und die Stereotype Bewegungsstörungen (F98.40, F98.41, F98.49) in die Diagnosenklassifikation aufgenommen wurden.

Humangenetische Beurteilungen GOPen 11235 und 11236 weiterhin ohne QS-Vereinbarung

Zum 1. Oktober 2015 wurden die Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in den Abschnitt

11.3 des EBM aufgenommen. Entgegen der Ankündigung in den KVB INFOS 12/2017 können die Gebührenordnungspositionen auch weiterhin – bis 31. Dezember 2018 – ohne das Vorliegen einer Genehmigung von den in Nummer 2 der Präambel 11.1 des EBM genannten Vertragsärzten abgerechnet werden (siehe KVB INFOS 3/2017). Sollte zum 1. Januar 2019 eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung mit einer entsprechenden Genehmigungspflicht in Kraft treten, werden wir Sie rechtzeitig über das entsprechende Antragsverfahren informieren.

Herzschrittmacherkontrolle: Übergangsregelung für Genehmigung verlängert

Die Gebührenordnungspositionen für die konventionelle und telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13576 beziehungsweise 04411 und 04413 bis 04416 können übergangsweise – bis zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V – mit einer erteilten Genehmigung nach der derzeit gültigen Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V abgerechnet werden. Diese Übergangsregelung wurde erneut bis zum 30. Juni 2018 verlängert. Über das Inkrafttreten der neuen Qualitätssicherungs-Vereinbarung und eventuell zu stellende Anträge werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Die Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13576 sind von **Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt Kardiologie** nur be-

rechnungsfähig, sofern sie zum Stichtag 30. Juni 2017 über eine Genehmigung gemäß der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V verfügen. Die telemedizinischen Funktionskontrollen nach den Gebührenordnungspositionen 13574 und 13576 sind zudem von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt Kardiologie nur berechnungsfähig, sofern die telemedizinischen Funktionsanalysen von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und/oder Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie im Zeitraum bis 30. Juni 2017 in mindestens zwei Quartalen abgerechnet wurden.

Hinweis: Für die Durchführung und Abrechnung der telemedizinischen Funktionsanalysen müssen zusätzlich die Anforderungen an die Durchführung telemedizinischer Leistungen entsprechend der Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 31 BMV-Ä) erfüllt werden.

EBM – Änderungen zum 1. April 2018

Neu: Thulium-Laserresektion der Prostata

Beschluss aus der 411. Sitzung des Bewertungsausschusses

Künftig kann die Thulium-Laserresektion in der vertragsärztlichen Versorgung alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata (TURP), zur Holmium-Laserresektion und zur Holmium-Laserenukleation eingesetzt werden. Die Thulium-Laserresektion wird zum 1. April 2018 als weitere Methode zur Behandlung des obstruktiven benignen Prostatasyndroms in den EBM aufgenommen.

Abrechnung über bereits bestehende Gebührenordnungspositionen

Das Verzeichnis nach Anhang 2 des EBM wird um den OPS-Code 5-601.73 (Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Resektion) ergänzt. Die Abrechnung der Thulium-Laserresektion erfolgt über die bereits seit April 2016 bestehenden (belegärztlichen) Gebührenordnungspositionen für die Holmium-Laserverfahren.

Wie beim Holmium-Laser sind auch die Kosten, die im Rahmen der Verwendung eines Thulium-Lasers entstehen, bei den belegärztlichen Leistungen mit den Belegarzt-DRGs abgegolten.

GOP	Kurztext	Bewertung in Punkten/ Preis B€GO
36289	Laserendoskopischer urologischer Eingriff bis 45 Minuten Dauer	2.108 Punkte/224,59 Euro
36290	Zuschlag zur GOP 36289 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	364 Punkte/38,78 Euro
36505	Postoperative Überwachung	120 Punkte/12,79 Euro
36823	Anästhesie und/oder Narkose	949 Punkte/101,11 Euro
36829	Zuschlag bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose bei Verlängerung des Eingriffs	191 Punkte/20,35 Euro

Genehmigung erforderlich

Die Thulium-Laserresektion dürfen Fachärzte für Urologie durchführen, die über eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Genehmigung werden in der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt, die aktuell finalisiert wird und ebenfalls am 1. April 2018 in Kraft tritt – als gemeinsame Vereinbarung für die Laserverfahren Holmium und Thulium. Wir werden alle Fachärzte für Urologie über die neue Qualitätssicherungsvereinbarung durch ein separates Rundschreiben informieren, sobald deren Inhalte feststehen. Es werden dann auch Antragsformulare für die Genehmigung bereitgestellt.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVG-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.

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

Beschluss aus der 411. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ist der Operationenschlüssel Version 2018 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2018 neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und ge-

strichenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-ba.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse unter dem Beschluss aus der 411. Sitzung.

Neu: Notfalldatenmanagement (NFDM)

Beschluss aus der 53. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 53. Sitzung vom 19. Dezember 2017 die ärztliche Vergütung für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes (NFDM) auf der elektronischen Gesundheitskarte festgelegt. Die neuen Gebührenordnungspositionen gelten seit dem 1. Januar 2018.

Voraussetzung für die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen ist aber, dass die Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind und über folgende notwendige Komponenten und Dienste für das NFDM verfügen:

- Update des Konnektors auf die Fachanwendung NFDM
- Update des Praxisverwaltungssystems
- Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) für das Signieren der Notfalldatensätze
- Eventuell zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer

Dafür ist zunächst jedoch die Industrie gefragt: Die Hersteller müssen die notwendige Technik für das NFDM entwickeln, testen und den Praxen zur Verfügung stellen. Erst dann können Praxen, die an die neue TI angeschlossen sind, die Leistung abrechnen. Sobald dies möglich ist, werden wir alle Mitglieder entsprechend informieren.

Fragen zur Telematikinfrastruktur beantworten Ihnen gerne unsere Berater unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40.

Neu: GOP 01640 – Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM Bewertung	80 Punkte
Preis B€GO	8,52 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Neu: GOP 01641 – Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM Bewertung	4 Punkte
Preis B€GO	0,43 Euro

- wird von der KV bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch einmal im Behandlungsfall zugefügt

Neu: GOP 01642 – Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM Bewertung	1 Punkt
Preis B€GO	0,11 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen der Abrechnung und den Abrechnungsausschlüssen entnehmen Sie bitte dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung.

Weitere klarstellende EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen zum 1. April 2018

Arthroskopische Operationen – beinhaltetete Leistungen

Arthroskopische Operationen zur Knochentransplantation und -transposition beinhalten die Leistung der geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese. Die Entnahme von Spongiosa und/oder kortikospongiosen Spänen ist gesondert berechnungsfähig. Dies wurde durch die Aufnahme einer weiteren Bestimmung in die Präambeln zu Abschnitt 31.2.5 und 36.2.5 (Definierte endoskopische Gelenkeingriffe) EBM klar gestellt.

Visceralchirurgie – nur bei Buried-Bumper-Syndrom berechnungsfähig

Ebenfalls durch Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung in die Präambeln der Abschnitte 31.2.6 und 36.2.6 (Operative visceralchirurgische Eingriffe) EBM wurde klargestellt, dass der Eingriff entsprechend dem OPS-Code 5-431.30 (Gastrostomie: Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte: offen chirurgisch) nur bei Vorliegen eines Buried-Bumper-Syndroms berechnungsfähig ist.

Ausblick: Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom bald GKV-Leistung

Patienten mit einem schweren diabetischen Fußsyndrom können künftig unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulant mit der hyperbaren Sauerstofftherapie behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 21. September 2017 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 11. Januar 2018 in Kraft.

Die hyperbare Sauerstofftherapie darf als zusätzliche Behandlung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung bei Patienten angewendet werden, deren Läsion Gelenkkapsel oder Sehnen einschließt (entsprechend Wagner Stadium II). Voraussetzung ist, dass zuvor eine leitliniengerechte Wundversorgung in einer zur Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung durchgeführt worden und diese erfolglos geblieben ist.

Für die hyperbare Sauerstofftherapie wird eine Druckkammer benötigt, in der ein erhöhter Luftdruck erzeugt und reiner Sauerstoff eingeatmet werden kann. Dies ist in der Regel nur in speziellen Einrichtungen möglich, beispielsweise in Tauch- und Überdruckzentren.

Für die hyperbare Sauerstofftherapie besteht ein Überweisungsvorbehalt. Diese dürfen nur besonders qualifizierte Fachärzte ausstellen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin sowie Fachärzte für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugend-

medizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ beziehungsweise mit vergleichbarer Qualifikation

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im EBM aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Wir informieren Sie, sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.

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

EBM – Änderungen zum 1. Januar 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 411. Sitzung Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2018 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 in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Neue Leistungen transurethrale Botulinumtoxin-Therapie

Zur Abbildung der ärztlichen Aufwände im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2018 zwei neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 8.3 und zwei neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 26.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aufgenommen.

Die neuen Gebührenordnungspositionen 08312 und 08313 beziehungsweise 26316 und 26317 sind nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen berechnungsfähig:

- Idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben.

- Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose.

Eine oder entsprechend dem Krankheitsbild mehrere der folgenden gesicherten Diagnosen nach ICD-10-GM sind in der Abrechnung anzugeben: N31.0G, N31.1G, N31.80G, N31.82G, N31.88G, N31.9G und N32.8G.

Für die Berechnung der GOP 08312 beziehungsweise der GOP 26316 ist eine Genehmigung der KVB erforderlich, die erteilt wird, wenn

- der Antragsteller **gegenüber der KVB jährlich nachweist**, dass er an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten **Fortbildungen** zur Therapie von Blasen-funktionsstörungen im Umfang von insgesamt **mindestens acht CME-Punkten** teilgenommen hat.
- Ein Antrag ist formlos an die Abrechnung in Regensburg zu stellen. Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Neu: GOP 08312 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

EBM Bewertung	282 Punkte
Preis B€GO	30,05 Euro

- je vollendete zehn Minuten, aber maximal fünfmal je Arzt-Patienten-Kontakt und maximal 15-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben GOP 26316 (Zuschlag transurethrale Botoxtherapie für Urologen) berechnungsfähig
- Die GOP 08312 kann von Frauenärzten nur abgerechnet werden,

wenn in derselben Sitzung die GOP 08311 (= Urethro(-zysto)skopie) abgerechnet wird. Dabei entfällt die Prüfzeit der GOP 08311.

Neu: GOP 08313 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08312 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin, mindestens 30 Minuten

EBM Bewertung	143 Punkte
Preis B€GO	15,24 Euro

- einmal am Behandlungstag, aber maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben der Infusion (GOP 02100) und nicht neben dem urologischen Zuschlag für die Beobachtung (GOP 26317) berechnungsfähig

Neu: GOP 26316 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

EBM Bewertung	282 Punkte
Preis B€GO	30,05 Euro

- je vollendete zehn Minuten, aber maximal fünfmal je Arzt-Patienten-Kontakt und maximal 15-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben GOP 08312 (Zuschlag transurethrale Botoxtherapie für Gynäkologen) berechnungsfähig
- GOP 26316 kann von Urologen nur abgerechnet werden, wenn in derselben Sitzung die GOP 26310 und/oder 26311 (= Urethro(-zysto)skopie) abgerechnet wird. Dabei entfällt die Prüfzeit der GOP 26311 beziehungsweise die Prüfzeit der GOP 26310 verringert sich um zehn Minuten.

Neu: GOP 26317 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin, mindestens 30 Minuten

EBM Bewertung	143 Punkte
Preis B€GO	15,24 Euro

- einmal am Behandlungstag, aber maximal dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben der Infusion (GOP 02100) und nicht neben dem gynäkologischen Zuschlag für die Beobachtung (GOP 08313) berechnungsfähig

Anpassung des Anhang 3 EBM

Die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM wurden angepasst: Die Gebührenordnungspositionen 08312 und 08313 beziehungsweise 26316 und 26317 werden als Ausschlussleistungen zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Neue Sachkostenpauschale

Zur Abrechnung der im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie anfallenden Sachkosten für die beim Eingriff eingesetzten zystoskopischen Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter wird die Sachkostenpauschale 40161 in den Abschnitt 40.5 eingeführt.

Neu: GOP 40161 – Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische(n) Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter

Preis B€GO	45,00 Euro
------------	------------

Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 08312 und 08313 beziehungsweise 26316 und 26317 werden extrabudgetär vergütet. Darüber hinaus werden auch die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 08311, 26310 beziehungsweise 26311 extrabudgetär vergütet, sofern gleichzeitig Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 08312 beziehungsweise 26316 EBM erbracht werden.

Die Vereinbarung über die ambulante Behandlung einer überaktiven Blase mittels Botox®-Injektion mit der DAK gilt unverändert fort. Sie finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Botoxbehandlung*. Die im Rundschreiben vom 23. Januar 2018 aufgeführten Abrechnungsausschlüsse sind zu beachten.

Leistungen zur Hörgeräteversorgung neu bewertet

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 411. Sitzung bestimmte Leistungen zur Hörgeräteversorgung in den Abschnitten 9.3 und 20.3 des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2018 höher bewertet und entfristet.

Aufhebung der Befristung von Leistungen der Abschnitte 9.3 und 20.3 EBM

Zum 1. Januar 2012 wurden – zunächst auf zwei Jahre befristet – neue Leistungen für die Therapie von Nasenbluten, zur Diagnostik des Tinnitus, zur postoperativen Behandlung nach chronischer Sinusitis und Tympanoplastik sowie für die Verordnung und Nachsorge im Rahmen der Hörgeräteversorgung in die Abschnitte 9.3 und 20.3 des

EBM aufgenommen (siehe KVB INFOS 12/2011 und 3/2012). Die Befristung wurde immer wieder verlängert, zuletzt bis zum 31. Dezember 2017.

Diese zeitliche Begrenzung hat der Bewertungsausschuss jetzt endgültig aufgehoben, sodass die Leistungen zukünftig dauerhaft erbracht und abgerechnet werden können.

EBM-Anpassungen zur Berücksichtigung des Freiburger Einsilbertests im Störschall

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im November 2016 die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) dahingehend geändert, dass HNO-Ärzte, Pädaudiologen und Phoniater den Freiburger Einsilbertest auch mit Störgeräuschen einsetzen können, um den Erfolg der Hörgeräteversorgung zu überprüfen. Der Beschluss des G-BA über die Änderung trat am 17. Februar 2017 in Kraft.

Die obligaten Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen 09372/20372 (Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgeräts/von Hörgeräten), 09373/20373 (Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung) und 09374/20374 (Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung) EBM werden zum 1. Januar 2018 um den Verweis auf die Hilfsmittel-Richtlinie ergänzt.

Zudem werden die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen angehoben (siehe Tabelle Seite 30).

GOP	Bewertung alt in Punkten	Wert B€GO alt	Bewertung neu in Punkten	Wert B€GO neu
09372/20372	469	49,39 Euro	494	52,63 Euro
09373/20373	401	42,23 Euro	523	55,72 Euro
09374/20374	347	36,54 Euro	452	48,16 Euro

Tumorgenetik: Neue Leistung Nachweis T790M-EGFR-Mutation

EBM-Bewertung 3.934 Punkte
Preis B€GO 419,14 Euro

Mit Wirkung zum 1. Januar 2018 wurde die Nummer 1 der Präambel zum Abschnitt 19.4.3 (Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien) EBM ergänzt und damit klargestellt, dass auch die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie diese Leistungen veranlassen können.

Des Weiteren wurde eine neue Gebührenordnungsposition 19460 zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom unter Verwendung freier Nukleinsäuren im Plasma in den Abschnitt 19.4.4 EBM aufgenommen.

- zweimal im Behandlungsfall, aber höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur bei Anwendung eines validierten Verfahrens, für das anhand von Vergleichsproben Nachweisgrenzen von ≥ 1 Prozent für Mutationen in den Exonen 18 bis 21 und die T790M-Mutation im EGFR-Gen belegt werden können
- Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.
- nicht für das Therapiemonitoring 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

Neu: GOP 19460 – Bewertung des relativen Anteils der T790M-EGFR-Mutation im Verhältnis zum Anteil der bekannten EGFR-aktivierenden Mutation unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA in derselben Probe zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom zum Nachweis der T792M-EGFR-Mutation, die laut Fachinformation obligat ist

FFR-Messung bei koronarer Herzkrankheit bald

GKV-Leistung

Die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) kann bei bestimmten Patienten mit koronarer Herzkrankheit zukünftig auch ambulant eingesetzt werden, um anstehende Therapieentscheidungen abzusichern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. November 2017 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 1. Februar 2018 in Kraft.

Die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve kann bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit durchgeführt werden, bei denen die Indikation zur Koronarangiographie besteht und aufgrund des Angiographie-Befundes die Indikation zur Koronarintervention nicht eindeutig ist. Sie kann sowohl als klassische FFR-Messung mit medikamentöser Vasodilatation erfolgen, als auch ohne (sogenannte iFR – instantaneous wave free ratio).

Dabei ist die FFR-Messung nur im Rahmen einer Koronarangiographie anwendbar. Eine gesonderte Koronarangiographie ausschließlich zum Zweck der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve soll nicht durchgeführt werden.

Die Messungen dürfen ambulant ausschließlich von Kardiologen durchgeführt werden, die eine entsprechende Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben. Grundlage der Genehmigung ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die FFR-Messung 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 Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/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

Rückwirkende Höherbewertung der IVOM ab 1. Januar 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 413. Sitzung vom 31. Januar 2018 noch kurzfristig die Bewertung der Gebührenordnungspositionen für die intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM) angehoben. Insbesondere die Beratung und Betreuung werden deutlich höher vergütet. Die Anpassung der Bewertung gilt ab 1. Januar 2018 zunächst bis zum 31. Dezember 2019.

Grund der Anpassung ist die Feststellung des Instituts des Bewertungsausschusses, dass das mit

der Einführung der Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe im Jahr 2014 angestrebte Punktzahlvolumen (insgesamt 1.703 Punkte im Falle des ambulanten Eingriffs und 817 Punkte im Falle des belegärztlichen Eingriffs) in den Jahren 2015 und 2016 nicht ausgeschöpft wurde.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in

der Rubrik Bewertungsausschuss/ Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

GOP	Kurztext	Bewertung EBM/ B€GO bis 31. Dezember 2017	Bewertung EBM/ B€GO ab 1. Januar 2018
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am rechten Auge nach den GOPen 31371, 31373, 36371 oder 36373	100 Punkte/ 10,53 Euro	129 Punkte/ 13,74 Euro
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung nach Durchführung einer IVOM am linken Auge nach den GOPen 31372, 31373, 36372 oder 36373	100 Punkte/ 10,53 Euro	129 Punkte/ 13,74 Euro
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	1.618 Punkte/ 170,38 Euro	1.683 Punkte/ 179,31 Euro
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	1.618 Punkte/ 170,38 Euro	1.683 Punkte/ 179,31 Euro
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	2.130 Punkte/ 224,29 Euro	2.216 Punkte/ 236,10 Euro
36371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge	772 Punkte/ 81,29 Euro	807 Punkte/ 85,98 Euro
36372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge	772 Punkte/ 81,29 Euro	807 Punkte/ 85,98 Euro
36373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen	1.018 Punkte/ 107,20 Euro	1.065 Punkte/ 113,47 Euro

**Bauchaortenaneurysmen:
Patienteninformationsflyer**

In den KVB INFOS 12/2017 und 1-2/2018 haben wir bereits über die Einführung des Ultraschallscreenings auf Bauchaortenaneurysmen für gesetzlich versicherte Männer ab 65 Jahren nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (US-BAA-RL) berichtet. In diesem Zusammenhang wurden zum 1. Januar 2018 zwei neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen: 01747 und 01748 EBM.

Die GOP 01747 EBM vergütet die Beratung gemäß der US-BAA-RL über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen. Obligator Leistungsinhalt der GOP 01747 EBM ist unter anderem die Ausgabe der Versicherteninformation gemäß der Anlage zur US-BAA-RL.

Diese Versicherteninformation kann über das Bestellformular beim Kohlhammer-Verlag bezogen werden. Das Bestellformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „K“/Kohlhammer „Bestellformular für Kassen- und KV-Vordrucke in Bayern - Fa. Kohlhammer“* unter der Nummer 437.

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

Nagelkorrekturspangen: Förderung

Wenn das Anlegen von Nagelkorrekturspangen medizinisch indiziert ist, stellt dies eine ärztliche Leistung im Rahmen der Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale für alle spezifischen Fachgruppen des EBM dar.

Auch im Jahr 2018 wird diese Leistung von den Krankenkassen zusätzlich gefördert. Um diese Förderung honoriert zu bekommen, stehen Ihnen beim Anbringen von Nagelkorrekturspangen folgende Abrechnungsnummern zur Verfügung (siehe Tabelle).

Voraussetzung für die Vergütung der Zuschläge ist das Vorliegen der gesicherten Diagnose L60.0G.

Falls das Anbringen beziehungsweise Nachjustieren von Nagelkorrek-

turspangen nicht medizinisch indiziert ist, ist weder eine vertragsärztliche Leistungserbringung und Abrechnung noch eine Verordnung für den Podologen möglich. Der Versicherte muss dann die Kosten für die Behandlung selbst tragen. Bitte weisen Sie Ihre Patienten darauf hin.

Beachten Sie bitte auch, dass die Nagelkorrekturspangen (ohne Zusatzmaterial wie beispielsweise Kleber) über den Sprechstundenbedarf zu beziehen sind.

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

GOP	Kurztext	Bewertung
GOP 97191A	Abrechenbar bei Patienten, bei denen eine Nagelkorrekturspange angelegt wird.	80,- Euro je behandeltem Nagel, maximal zehnmal im Behandlungsfall
GOP 97191B	Abrechenbar bei Patienten, bei denen eine Nachjustierung einer Nagelkorrekturspange erforderlich ist.	20,- Euro je behandeltem Nagel, maximal zehnmal im Behandlungsfall

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Medizinprodukte (Anlage V)

- 1xklyasma salinisch – nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kinder unter sechs Jahren, Befristung bis 3. Dezember 2018
- BD PosiFlush™ SP – Verlängerung der Befristung bis 16. November 2018
- BD PosiFlush™ XS – Verlängerung der Befristung bis 16. November 2018
- Kinderlax® elektrolytfrei – Verlängerung der Befristung bis 21. Oktober 2022
- Macrogol TAD® – Verlängerung der Befristung bis 25. November 2022
- Nyda® – Verlängerung der Befristung bis 6. Dezember 2022
- ParkoLax® – Verlängerung der Befristung bis 21. Oktober 2022

Off-Label-Use (Anlage VI)

Aufnahme von

- Mycophenolatmofetil/Mycophenolensäure in der Off Label-Indikation Lupusnephritis
- Mycophenolat Mofetil in der Off Label-Indikation Myasthenia gravis

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Im dritten Quartal 2017 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Axitinib/Inlyta® – Neubewertung nach Fristablauf
- Baricitinib/Olumiant®
- Dolutegravir/Tivicay® – neues Anwendungsgebiet: HIV-Behandlung ab sechs Jahren
- Ixazomib/Ninlaro®
- Ixekizumab/Taltz®
- Lonococog alfa/Afstyla®
- Obeticholsäure/Ocaliva®

Fiktiv zugelassene Präparate: aktualisierte Übersicht

Die beiden Präparate Arhama Tinktur N und Tepilta Suspension werden nicht mehr hergestellt, weshalb sie aus der Übersicht gestrichen wurden.

Die aktualisierte Übersicht finden Sie mit dem Titel „Übersicht von fiktiv zugelassenen Präparaten – vermeiden Sie Rückforderungsanträge von Krankenkassen“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

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

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 im Sprechstundenbedarf

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

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

Wirkstoffvereinbarung – „Arbeitslisten“ Generikaziele

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung* zu jedem einzelnen Generikaziel eine sogenannte „Arbeitsliste“. Diese erleichtern es Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden und geben Ihnen Hinweise auf Rabattverträge, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware diese Informationen nicht bereits liefert.

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

Verordnungsfähigkeit von Vitamin-D-Präparaten

In der Fachinformation von Xgeva® heißt es: „Ergänzend müssen alle Patienten täglich mindestens 500 mg Calcium und 400 I. E. Vitamin D erhalten, außer bei bestehender Hyperkalzämie.“ Entsprechend Paragraph 12 Absatz 7 der Arzneimittel-Richtlinie sind nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie eingesetzt werden, ordnungsfähig, wenn das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist. Die Verordnung von Calcium und Vitamin D ist deshalb bei der Therapie unter Xgeva® zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Unser „Verordnung Aktuell“ mit dem Titel „Verordnungsfähigkeit von Vitamin-D-Präparaten“ wurde um diese Information ergänzt und am 12. Januar 2018 veröffentlicht.

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

Arzneimittelverordnungssoftware: Anforderungen

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 17. Januar 2018 lesen Sie Informationen über Neuerungen im Anforderungskatalog. Beispielsweise muss die Aktualisierungsfrequenz der Arzneimittelstammdaten ab 1. April 2018 mindestens monatlich erfolgen. Weitere Details finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik unter *Verordnungen/Verordnung-Aktuell*.

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

Blutzuckerteststreifen wirtschaftlich verordnen

In den vertraglichen Regelungen der Krankenkassen sind für die Regional- und die Ersatzkassen gültige Listen preisgünstiger Blutzuckerteststreifen definiert, die fortlaufend aktualisiert werden. Wir empfehlen, vorrangig Blutzuckerteststreifen aus diesen Listen zu verordnen. In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 15. Januar 2018 zum Thema „Wirtschaftlichkeitsziel: Blutzuckerteststreifen“ finden Sie die Verträge und Listen verlinkt.

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

Heilmittel: Änderungen zum 1. Januar 2018

In den KVB INFOS 1/2018 haben wir Sie bereits darüber informiert, dass die Diagnoseliste um die ambulante Ernährungstherapie für seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose als langfristiger Heilmittelbedarf erweitert wurde.

Außerdem haben sich bei den Indikationen „Torticollis Spasticus“ und „Systemische Sklerose“ die verordnungsfähigen Diagnosegruppen nach Heilmittelkatalog verändert.

Detailinformationen lesen Sie in unseren beiden „Verordnung Aktuell“ „Ambulante Ernährungstherapie ab 1. Januar 2018 verordnungsfähig“ vom 11. Januar 2018 und „Korrekturen der Diagnoseliste: Torticollis spasticus und Systemische Sklerosen“ vom 9. Januar 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

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

Verordnung eines Haarersatzes

Zum 15. Januar 2018 wurde die Produktgruppe „Haarersatz“ in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Damit sind Perücken ab sofort bei den im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Indikationen verordnungsfähig.

In unserem ausführlichen „Verordnung Aktuell“ „Verordnung eines Haarersatzes“ finden Sie alle relevanten Informationen.

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

Krankenbeförderung verordnen

Fahrten zur Geriatrischen Institutsambulanz (GIA):

Eine Krankenfahrt in eine GIA kann verordnet werden, wenn die Voraussetzungen für Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung erfüllt werden. Die Verordnung bedarf einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse.

Fahrten zu stationersetzenden Eingriffen:

Eine Verordnung von Fahrten zur vor- und nachstationären Behandlung (Paragraf 115a SGB V), zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus (Paragraf 115b SGB V) oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis ist ab sofort möglich, wenn die aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung, beispielsweise aus patientenindividuellen Gründen ambulant vorgenommen wird.

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

DMP: Wegfall der Fragen zu Herzinsuffizienz

Ab dem zweiten Quartal 2018 entfällt im indikationsübergreifenden Teil der **DMP-Dokumentationen** die Frage zur Teilnahme am Modul „chronische Herzinsuffizienz“. Bei der KHK-Dokumentation fallen die Frage zu Serum-Elektrolyten und die Frage, ob eine regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen wurde, weg. Grund ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, das jetzige Modul „chronische Herzinsuffizienz“ im DMP KHK aufzuheben und **ein eigenständiges DMP chronische Herzinsuffizienz** zu entwickeln. Die Aufhebung wird zum 1. April 2018 umgesetzt. Die Vorgaben für ein eigenständiges DMP chronische Herzinsuffizienz werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss derzeit erarbeitet. Bis diese vorliegen, bleiben die betroffenen Patienten im DMP KHK eingeschrieben.

Aufgrund der beschriebenen Änderungen ist ein **Update Ihrer Dokumentationssoftware** notwendig. Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.

Bitte beachten Sie: Analog zu früheren Dokumentationsanpassungen muss für DMP-Dokumentationen, die das erste Quartal 2018 betreffen, das alte Dokumentationsformular verwendet werden, auch wenn die Dokumentationen erst im zweiten Quartal 2018 erstellt werden. Weitere Informationen zur aktualisierten Dokumentation im DMP finden Sie unter www.g-ba.de im Informationsarchiv in der Rubrik „Richtlinien“ unter „DMP-Anforderungen-Richtlinie – DMP-A-RL“ 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

Nachträgliche Krankenhausverordnung

Immer wieder werden gerade Hausarztpraxen von ihren Patienten aufgefordert, im Nachgang einer im Krankenhaus bereits durchgeführten ambulanten Behandlung eine Krankenhausverordnung (Einweisung) auszustellen. Die Einweisung sei aus Sicht der Krankenhäuser für deren Abrechnung erforderlich, ansonsten müssten die Leistungen den Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

Diese Vorgehensweise der Krankenhäuser ist unzulässig und belastet das Arzt-/Patientenverhältnis!

Die Verordnung von Krankenhausbehandlung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde – niedergelassene – Haus-/Facharzt zuvor vom Zustand des Patienten überzeugt hat und die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts als indiziert ansieht. Das Krankenhaus kann anschließend nach Paragraph 115a Absatz 1, Nummer 1 SGB V und auf der Grundlage der vorliegenden Einweisung im Rahmen einer vorstationären – ambulanten – Behandlung die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung ihrerseits klären oder die vollstationäre Behandlung vorbereiten.

Sucht der Patient daher aus freien Stücken und ohne Vorlage einer Notfallsituation das Krankenhaus für eine ambulante Behandlung auf, hat das Krankenhaus keine Möglichkeiten die anfallenden Leistungen zu lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Es verbleibt daher nur die privatärztliche kostenpflichtige Behandlung beziehungsweise der Verweis des Patienten auf eine Behandlung in den Praxen der niedergelassenen Haus-/Fachärzte.

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

Unfallversicherungsträger: Bundesweite Clearingstelle

Die bundesweite Clearingstelle steht seit 1. Januar 2018 für Streitigkeiten, die sich aus Abrechnungsfragen oder aus dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ergeben, für Ärzte, Psychotherapeuten und Unfallversicherungsträger zur Verfügung.

Eine wesentliche Neuerung besteht darin, dass der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut jetzt auch direkt antragsberechtigt ist (bisher: Kassenärztliche Vereinigungen oder Landesverband der Unfallversicherungsträger).

Sie erreichen die Clearingstelle unter E-Mail: Clearingstelle-Unfallversicherung@kvb.de.

Zugang für Blindenhunde zu Arztpraxen

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat uns gebeten, darauf hinzuweisen, dass behinderungsbedingt erforderlichen Blindenführ- und Assistenzhunden der Zugang in die öffentlich zugänglichen Bereiche von Gesundheitseinrichtungen zu gewähren ist. Dies betrifft auch den Warte- und Empfangsbereich von Arztpraxen. Abgeleitet wird dies aus dem Diskriminierungsverbot des Behindertengleichstellungsgesetzes (Paragraph 4 BBG) und daraus, dass Führ- und Assistenzhunde eine besondere Ausbildung durchlaufen und deshalb außergewöhnlich diszipliniert sind.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Alles rund ums Arbeitsrecht

Zielgruppe

Praxisinhaber

Inhalt

Der niedergelassene Arzt und Psychotherapeut ist in Zeiten verstärkten Wettbewerbs mehr und mehr als Unternehmer gefragt und in seiner Funktion als Arbeitgeber gefordert. Die Vielzahl der gesetzlichen Regelungen machen es jedoch Praxisneugründern wie auch langjährigen Praxisinhabern häufig schwer, den Überblick zu behalten.

Dieses Seminar informiert Sie über arbeitsrechtliche Themen und Problemfelder und sensibilisiert Sie für Fallstricke.

Unsere Experten bringen Licht in den Paragraphen-Dschungel und geben Ihnen einen Überblick über die Tücken im Arbeitsrecht, auch in Hinblick auf ärztliche Kooperationen und die Arztanstellung. Denn nur, wenn Sie typische Stolperfallen kennen und sich darauf einstellen, können Sie den richtigen Weg für Ihre Praxis beschreiten. Nutzen Sie die Chance, aus den kostenintensiven Erfahrungen anderer zu lernen!

Themenschwerpunkte

- Arbeitsrechtliche Grundlagen für die Beschäftigung von Praxismitarbeitern, Auszubildenden und ärztlichen Mitarbeitern
- Möglichkeiten und Fallstricke der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses

- Haftung für Mitarbeiter
- Arbeitsrechtliche Besonderheiten bei der Praxisübernahme
- Möglichkeiten der ärztlichen Mitarbeit in einer Praxis – zum Beispiel Job-Sharing, Anstellung, Assistenten, Vertreter
- Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht bei Ärzten
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB, insbesondere Förderung von Anstellungen

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten

18. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB
13. Juni 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB
4. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB
18. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg/KVB
12. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg/KVB
19. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB

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

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

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 zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter dem Punkt „Terminsuche mit Online-Anmeldung“ zu finden.

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 in der Rubrik *Service/Fortbildung*

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul III

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul IV

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul V

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

Fachseminare

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Hautkrebsscreening

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. März 2018 22. März 2018 11. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2018 10. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. März 2018 17. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. März 2018 20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	14. April 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	21. März 2018 11. April 2018	17.00 bis 20.45 Uhr 17.00 bis 20.45 Uhr	Regensburg München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	14. März 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	18. April 2018	16.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
Poolärzte	kostenfrei	17. April 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. April 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	3. März 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. März 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	16. März 2018 17. März 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	20. April 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. April 2018 21. April 2018	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. März 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	11. April 2018	13.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	18. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	11. April 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München

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**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer- und Abgeberforum

Praxismanagement

Beschwerdemanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Motivierte Mitarbeiter als Erfolgsfaktor

Team Resource Management für das Praxisteam

Update Führung für erfahrene Führungskräfte

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Grenzen setzen - Grenzen achten

Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Existenzgründer Praxisinhaber	kostenfrei	17. März 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		14. April 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. April 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
		20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	17. März 2018	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	14. März 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	21. März 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg

