

KVBINFOS 2018



Bild: iStockphoto.com/diego_carvo

JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2018

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abgrenzung GOP 01770 von Vorbereitungsmaßnahmen eines Schwangerschaftsabbruchs	10/139	Die nächsten Zahlungstermine	9/110
Abklärungskoloskopien nach positivem iFOBT	5/62	Die nächsten Zahlungstermine	10/134
Abrechnung Dialysepauschalen zum Jahreswechsel 2018/2019	11/160	Die nächsten Zahlungstermine	11/154
Abrechnung von Schweregradzuschlägen	6/79	Die nächsten Zahlungstermine	12/174
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2018	3/22	Digitale Tomosynthese der Brust	5/64
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2018	4/46	EBM – Änderungen zum 1. Januar	3/28
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018	6/74	EBM – Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2018	3/24
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018	7-8/90	EBM – Änderungen zum 1. Juli und 1. Oktober 2018	6/76
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2018	9/110	EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2018	11/154
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2018	10/134	EBM – Änderungen zum 1. Juli und 1. Oktober 2018 sowie rückwirkend zum 1. Januar 2011	9/112
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017	1-2/2	Erhöhung der Impfhonorare	6/80
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018	12/174	FFR-Messung bei koronarer Herzkrankheit bald GKV-Leistung	3/31
ASV – Anpassungen und Inkrafttreten einer weiteren Indikation	9/115	Förderung von Sonografien	9/113
Asylvertrag 2017 – wichtige Abrechnungshinweise	7-8/94	GOP 01435: Abrechnungsvoraussetzungen	10/138
Bald GKV-Leistung: TmLEP und PVP für die Behandlung des benignen Prostatasyndroms	7-8/93	GOP 04354 nicht ohne U-Untersuchung	11/161
Bauchaortenaneurysmen: Patienteninformationsflyer	3/33	GOP 30611: Abrechnung Hämorrhoiden-Ligatur	1-2/7
Besuch im ÄBD: Scheinuntergruppe 41 oder 44	10/138	Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB	10/136
Darmkrebs – Früherkennung als organisiertes Programm – Koloskopie für Männer schon ab 50 Jahren	12/179	H2-Atemtest einmal am Tag berechnungsfähig	12/178
Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2	Herpes simplex- und Varicella zoster-Viren	4/49
Die nächsten Zahlungstermine	3/22	Höherbewertung der Infektionsdialyse ab 2018	1-2/7
Die nächsten Zahlungstermine	4/46	Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus bald GKV-Leistung	12/178
Die nächsten Zahlungstermine	5/62	HVM ab 1. Januar 2019 und Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2019	12/176
Die nächsten Zahlungstermine	6/74	Hygienezuschläge ambulantes Operieren	7-8/93
Die nächsten Zahlungstermine	7-8/90	Hyperbare Sauerstofftherapie – neue GOP ab 1. Oktober 2018	11/158

	Ausgabe/Seite
Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	1-2/4
Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Stand 1. Januar beziehungsweise 1. April 2018	4/48
IVOM: Rückwirkende Anpassung der Zeiten	5/63
Kleinchirurgische Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in Narkose	9/114
Kodierung von Anästhesieleistungen	7-8/92
Kontrastuntersuchung von Gangsystemen	9/115
Korrekte Abrechnung – Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst	11/162
Laborquote „Q“ für das erste Quartal 2018	1-2/5
Laborreform: Änderungen Wirtschaftlichkeitsbonus	4/50
Nagelkorrekturspangen: Förderung	3/33
Neugeborenen-Screening: Tyrosinämie Typ I	5/64
Neugestaltung des Check-up 35	12/177
PET/CT – weitere Einsatzbereiche werden Krankenkassenleistung	11/161
Rückwirkende Höherbewertung der IVOM ab 1. Januar 2018	3/32
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	11/156
Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz	9/114
Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen	1-2/6
Untersuchung/Beratung der Wöchnerin, GOP 01815	4/51
Verordnung von Soziotherapie und Rehabilitation durch nichtärztliche Psychotherapeuten	5/63

ALLGEMEINES

	Ausgabe/Seite
Aktualisierung ICD-10-GM und OPS	1-2/14
Anfragen des Medizinischen Dienstes	12/186
Angestellte Ärzte in einer BAG	7-8/101
Anpassungen im Formularbereich	7-8/100
Auskünfte an Apotheken	10/145
Bayerisches Familiengeld ab 1. August 2018	9/125
FARKOR – Vertrag zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Kraft getreten	11/165
Formularbestellung beim Kohlhammer-Verlag	10/145
Formulare: Anpassungen bei Muster 9	7-8/101
„Gesund schwanger“	9/125
„Gesund schwanger“	12/187
„Gesund schwanger“ Neue Krankenkasse dabei	6/81
Nachträgliche Krankenhausverordnung	3/38
Neuerungen im Formularbereich	1-2/13
Psychotherapie: Änderungen Formblatt PTV 11	9/124
Thesauren und Zi-Kodierhilfen	1-2/14
Unfallversicherungsträger: Bundesweite Clearingstelle	3/38
Verordnungsvordrucke: Schweigepflicht	10/145
Zi-Kodier-Manual „Infektanfälligkeit“	9/124
Zugang für Blindenführhunde zu Arztpraxen	3/38

IT IN DER PRAXIS

Aktualisierung der Dokumentation im DMP Brustkrebs	10/144
DMP-Dokumentationen: Änderungen ab 1. Juli 2018	7-8/99
DMP: Wegfall der Fragen zu Herzinsuffizienz	3/37
Funktionen in „Meine KVB“ verbessert	11/164

	Ausgabe/Seite
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	4/54
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	10/143

QUALITÄT

Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte	4/53
Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung	12/184
Aufbereitung von Medizinprodukten	6/81
Diabetisches Fußsyndrom: DMP-Feedbackberichte	7-8/98
DMP-Feedbackberichte	5/66
DMP-Feedbackberichte für das erste Halbjahr 2018	11/164
DMP: Internetseite zur Qualitätssicherung	7-8/98
DMP: Neue Teilnahme-/Einwilligungserklärungen	7-8/99
iFOBT im Rahmen der Krebsfrüherkennung	10/142
Neue Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle ab 1. Oktober 2018	9/122
Stichprobenprüfung Computertomographie	1-2/13
Strahlenschutzmaßnahmen in der radiologischen Diagnostik	1-2/9
Substitution: Meldeformulare geändert	9/123

VERORDNUNGEN

Adrenalin-Autoinjektoren – Empfehlung der EMA	9/117
Albiglutid/Eperzan® zum Juli 2018 vom Markt	1-2/8
Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie	12/183
Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie	11/163
Anpassung Rehabilitations-Richtlinie – Bundesteilhabegesetz (BTHG)	10/140
Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA	12/180
Arzneimittel im Blickpunkt	9/119
Arzneimittelverordnungssoftware: Anforderungen	3/36

	Ausgabe/Seite
Arzneiverordnungssoftware: Verbandmittel gelistet	9/120
Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar	12/181
Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren	7-8/97
Blutzuckerteststreifen wirtschaftlich verordnen	3/36
Einmalhandschuhe	4/52
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	3/34
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	7-8/96
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	9/118
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	4/51
Ergänzungen im Sprechstundenbedarf	3/35
Ernährungstherapie verordnungsfähig	1-2/8
Esmya® (Ulipristalacetat) – Risikoberwertungsverfahren abgeschlossen	10/141
FAQ zu Heilmitteln	11/163
FAQ zu Hilfsmitteln als Sammlung im Internet	9/119
FAQ zur häuslichen Krankenpflege	12/182
FAQs zu Impfungen	4/51
Fiktiv zugelassene Präparate: aktualisierte Übersicht	3/34
Fluorchinolone – Risikobewertungsverfahren	12/182
Frühe Nutzenbewertung	1-2/7
Gebrauchsanweisung auf Rezepturverordnungen	9/119
Heilmittel: Änderungen zum 1. Januar 2018	3/36
Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim	5/65
Humane-Papillomviren-Impfung für Jungen?	9/120
Indikationsspektrum psychiatrische Krankenpflege	12/182
Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen	5/65
Krankenbeförderung verordnen	3/37
Mischpreise für Arzneimittel rechtmäßig	9/117
Muster 56 und 61: Änderungen	7-8/97
Neue Arzneimittel: Januskinaseinhibitoren	1-2/8

	Ausgabe/Seite	Ausgabe/Seite
Ocrelizumab/Ocevus®	4/52	
Patientenhinweis „Säureblocker“ ergänzt	4/52	
Rahmenvertrag „Ernährungstherapie“ geschlossen	12/183	
Schuheinlagen richtig verordnen	9/120	
Schwerwiegende Nebenwirkung unter Lamotrigin	9/116	
Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung – Stand 1. Juli 2018	9/121	
Standardimpfungen vervollständigen	4/51	
Symptomkontrolle bei Palliativpatienten	10/141	
Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika	12/181	
Trastuzumab – Biosimilars auf dem deutschen Markt	9/119	
Unterstützungspflege in der häuslichen Krankenpflege	6/81	
Valsartan und Irbesartan: Rückrufe bei Arzneimitteln	12/181	
Valsartan: Chargenrückrufe	9/116	
Verordnung eines Haarersatzes	3/37	
Verordnungsfähigkeit von Vitamin D-Präparaten	3/35	
Vitamin D-Präparate auf Patientenwunsch	11/163	
Vorsicht vor Ulipristal und Flupirtin	4/52	
Widerruf der Zulassung für Flupirtin	9/116	
Wirkstoffvereinbarung – „Arbeitslisten“ Generika- ziele	3/35	

KVBIINFOS

01|18
02|18

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017
- 4 Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
- 5 Laborquote „Q“ für das erste Quartal 2018
- 6 Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen
- 7 GOP 30611: Abrechnung Hämorrhoiden-Ligatur
- 7 Höherbewertung der Infektionsdialyse ab 2018

VERORDNUNG

- 7 Frühe Nutzenbewertung
- 8 Ernährungstherapie verordnungsfähig
- 8 Albiglutid/Eperzan® zum Juli 2018 vom Markt
- 8 Neue Arzneimittel: Januskinaseinhibitoren

QUALITÄT

- 9 Strahlenschutzmaßnahmen in der radiologischen Diagnostik
- 13 Stichprobenprüfungen Computertomographie

ALLGEMEINES

- 13 Neuerungen im Formularbereich
- 14 Aktualisierung ICD-10-GM und OPS
- 14 Thesauren und Zi-Kodierhilfen

SEMINARE

- 15 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 16 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

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 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 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, 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 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 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 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

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

Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18*.

Am 18. November 2017 hat die Vertreterversammlung (VV) der KVB einen neuen HVM beschlossen, in dem die Honorarverteilung ab dem Quartal 1/2018 geregelt wird. Dabei wird die seit fünf Jahren bestehende Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) beibehalten. Fortgeführt wird damit auch die Systematik mit den vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

Anlass für die von der Vertreterversammlung beschlossene Neufassung des HVM 2018 waren unter anderem einige Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Außerdem wurde die Basis für die Anteilsermittlung der Fachgruppentöpfe und Leistungstöpfe auf das Jahr 2016 aktualisiert. Daneben haben sich – wie immer in enger Abstimmung mit den betroffenen Berufsverbänden – fachgruppenbezogen einige weitere Themen ergeben.

I. HVM-Anpassung aufgrund von EBM-Änderungen

Seit der letzten HVM-Änderung sind einige Gebührenordnungspositionen (GOP) neu in den EBM aufgenommen worden, die im HVM 2018 entsprechend eingearbeitet worden sind:

Änderung QZV „Kinderkardiologie“ für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt

- GOP im QZV bisher: 04410, 04417, 04418, 04419, 04420 EBM
- GOP im QZV neu (aufgrund EBM-Änderung): 04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04419 und 04420 EBM

Änderung QZV „Kontrolle Herzschrittmarker“ für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

- GOP im QZV bisher: 13552, 13554 EBM
- GOP im QZV neu (aufgrund EBM-Änderung): 13571, 13573, 13574, 13575, 13576 EBM

Änderung QZV „Auditive Verarbeitung und Wahrnehmungsabklärung“ der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

- GOP im QZV bisher: 20370, 30300, 30301, 35300 und 35301 EBM
- GOP im QZV neu (aufgrund EBM-Änderung): 20370, 30300, 30301, 35600 und 35601 EBM

II. Fachgruppenspezifische Änderungen für Hausärzte, Anästhesisten, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie Radiologen und Nuklearmediziner

Hausärzte

Die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen (NäPa, GOP 03060 und 03065 EBM) werden zum 1. Januar 2018 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Im HVM werden diese Leistungen unquotiert zu den Preisen der BÉGO im hausärztlichen Versorgungsbereich vergütet.

Anästhesisten

Die bisher im Fachgruppentopf als freie Leistungen vergüteten „Anäs-

thesien, Narkosen, Überwachung“ nach den GOP 05315, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 EBM sowie die Leistungen aus dem QZV „Narkosen und Geburtshilfen (GOP 05360, 05361, 05370, 05371 und 05372 EBM) werden ab 1. Januar 2018 zusammengefasst und als „Topf-im Topf-Leistungen“ mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent vergütet.

Unverändert bleibt die Vergütung von Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie. Hier sind die GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 EBM weiterhin mit dem Buchstabenzusatz „Z“ abzurechnen und werden als „freie Leistungen“ zu den Preisen der BÉGO vergütet.

Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

Ab 1. Januar 2018 wird der RLV-Fallwert der Psychiater und Nervenärzte gemeinsam ermittelt, das heißt für beide Fachgruppen werden zukünftig zu Beginn des Jahres die gleichen kalkulatorischen Jahresfallwerte mitgeteilt.

Wird im HVM im Rahmen von Begrenzungsregelungen auf Durchschnittsfallzahlen abgestellt, werden für die Fachgruppen der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater ab 1. Januar 2018 die Durchschnittsfallzahlen der Nervenärzte verwendet.

Radiologen und Nuklearmediziner

Der HVM sieht ab 1. Januar 2018 für die Fachgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner eine Mengensteuerung für das QZV MRT vor

Laborquote „Q“ für das erste Quartal 2018

(Fallzahlzuwachsbegrenzung und Fallwertminderung).

Für die RLV-Fachgruppe der Nuklearmediziner werden die Leistungen des Abschnitts 17.3 EBM künftig auf zehn QZV sowie einige Topf-im-Topf-Leistungen innerhalb der Fachgruppe aufgeteilt beziehungsweise zugeordnet.

Über die Details wurden beide Fachgruppen in einem eigenen Rundschreiben informiert.

III. Ausgleichsregelung

Die Ausgleichsregelung wird noch bis zum Quartal 4/2018 angewandt und zum 31. Dezember 2018 beendet.

Leistungen des QZV MRT, für die ab 1. Januar 2018 eine neue Mengenbegrenzung vorgesehen ist (siehe oben unter II.), werden von der Ausgleichsregelung ausgenommen.

IV. Weitere Informationen

Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2018, Informationsbroschüren, HVM-Text und Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

1. Kalkulatorische Fallwerte 2018 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18*.

Dort finden Sie auch die aktualisierten Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2018“.

2. HVM-Text und Vorgaben der KBV

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

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (KBV-Vorgaben) zu beachten. Die Lesefassungen der Vorgaben sowie die entsprechenden Änderungsbeschlüsse sind im Internet veröffentlicht unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/ Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen*. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind.

Auf der Internetseite der KVB www.kvb.de finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Website der KBV.

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

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 Quartal 2018 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18/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

Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

In den KVB INFOS, Ausgabe 12/2017, haben wir bereits über die Einführung des Ultraschallscreenings auf Bauchaortenaneurysmen für gesetzlich versicherte Männer ab 65 Jahren nach der neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (US-BAA-RL) berichtet. Der Bewertungsausschuss hat hierfür nun mit Wirkung zum 1. Januar 2018 zwei Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

GOP 01747 – Beratung gemäß der Richtlinie des G-BA über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

EBM-Bewertung 57 Punkte
Preis B€GO¹⁾ 6,07 Euro

GOP 01748 – Sonographische Untersuchung gemäß der Richtlinie des G-BA über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

EBM-Bewertung 148 Punkte
Preis B€GO¹⁾ 15,77 Euro

- Für die Durchführung der Untersuchung muss eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen für den Anwendungsbereich 7.1 (Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan) gemäß Ultraschallvereinbarung vorliegen (Gebührenordnungsposition 33042). Darüber hinaus ist eine gesonderte Antragstellung nicht erforderlich.
- Um bei medizinischer Indikation im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auch weitere Organe des Abdomens sonographisch untersuchen zu können, kann die GOP 01748 in derselben Sitzung neben der abdominalen Sonographie nach GOP 33042

berechnet werden. In diesen Fällen wird jedoch ein Abschlag von 77 Punkten (8,20 Euro¹⁾ auf die GOP 33042 vorgenommen.

- Am Behandlungstag nicht neben den urologischen postoperativen Behandlungskomplexen nach den GOPen 31682 bis 31689 sowie den sonographischen Untersuchungen nach den GOPen 33040 (Thoraxorgane), 33043 (Uro-Genital-Organe) und 33081 (weitere Organe/Organteile) berechnungsfähig.

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748 gilt Folgendes:

- berechnungsfähig von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen
- einmal im Leben des Patienten ab dem Alter von 65 Jahren berechnungsfähig

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

Vergütung

Die Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748 sollen laut Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet werden.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 410. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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.

Die Richtlinie zum Ultraschallscreening (US-BAA-RL) einschließlich Anlage (Versicherteninformation) finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter 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

GOP 30611: Abrechnung Hämorrhoiden-Ligatur

Die Gebührenordnungsposition 30611 kann für die Entfernung von Hämorrhoiden am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron bis zu viermal im Behandlungsfall berechnet werden. Aufgrund der Formulierung der Leistungslegende „Hämorrhoiden“ im Plural und der „und/oder-Verknüpfung“ der Leistungsinhalte ist die Gebührenordnungsposition auch bei einer Entfernung von mehreren Hämorrhoiden beziehungsweise bei der Entfernung von Hämorrhoiden und des inneren Schleimhautvorfalls insgesamt nur einmal je Arzt-Patienten-Kontakt 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

Höherbewertung der Infektionsdialyse ab 2018

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2017, haben wir Sie bereits über die Anpassungen der Bewertungen der Kostenpauschalen 40835 und 40836 an die gestiegenen Kosten für Hygienemaßnahmen im Bereich der Infektionsdialyse informiert.

Ab dem 1. Januar 2018 werden die Zuschläge für die Infektionsdialyse nach der Kostenpauschale 40835 von bisher 60,- Euro auf 90,- Euro und der Kostenpauschale 40836 von 20,- Euro auf 30,- Euro angehoben. Der Bewertungsausschuss überprüft zum 1. Januar 2019, ob eine weitere Anpassung der Kostenpauschalen notwendig ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 386. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

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

Frühe Nutzenbewertung

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®

Seit dem zweiten Quartal 2017 werden folgende Arzneimittel als bundesweite Praxisbesonderheiten anerkannt:

- Abirateronacetat/Zytiga®
- Ataluren/Translarna®
- Daratumumab/Darzalex®
- Elotuzumab/Empliciti®
- Migalastat/Galafold®
- Nivolumab/Opdivo®
- Pitolisant/Wakix®
- Sacubitril/Valsartan/Entresto®
- Tediglutid/Revestive®
- Ticagrelor/Brilique®
- Trifluridin/Tipiracil/Lonsurf®

Für alle Vereinbarungen nach Paragraph 130b Absatz 1 Satz 1 SGB V, bei denen eine Anerkennung der Verordnung des Arzneimittels als Praxisbesonderheit nach Paragraph 130b Absatz 2 Satz 1 SGB V vorgesehen ist, finden Sie die dafür vereinbarten Anforderungen an Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Übersicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/frühe Nutzenbewertung*.

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

Ernährungstherapie verordnungsfähig

Die ambulante Ernährungstherapie ist seit 1. Januar 2018 verordnungsfähig für Patienten

- mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, wenn die Ernährungstherapie als alternative Maßnahme gilt, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen,
- mit Mukoviszidose.

Die Ziele sind eine verbesserte Lebenserwartung, eine altersgemäße, körperliche und geistige Entwicklung und die Verhütung von Krankheitsfolgen beziehungsweise die Vermeidung von Komplikationen.

Die Ernährungstherapie wird auf Muster 18 (Heilmittelverordnung) verordnet.

In unserer Verordnung Aktuell „Ambulante Ernährungstherapie ab 1. Januar 2018 verordnungsfähig“ lesen Sie weitere Details.

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

Albiglutid/Eperzan® zum Juli 2018 vom Markt

Der Hersteller GSK informiert aktuell darüber, dass er seinen GLP-1 Agonisten zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 aus kommerziellen Gründen zum Juli nächsten Jahres global vom Markt nehmen wird.

Bitte stellen Sie keine Patienten neu auf dieses Arzneimittel ein und bitte informieren Sie Ihre Patienten in laufender Behandlung mit Albiglutid/Eperzan® darüber, dass eine Therapieumstellung angegangen werden muss.

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

Neue Arzneimittel: Januskinaseinhibitoren

Seit April 2017 ist mit Baricitinib der erste Januskinaseinhibitor zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis in Deutschland verfügbar. Im Mai folgte mit Tofacitinib ein weiterer Vertreter dieser Wirkstoffklasse.

Wie sieht der Wirkmechanismus dieser Substanzen aus? Wie ist die bisherige Studienlage zu bewerten? Und welche Unterschiede bestehen zwischen Baricitinib und Tofacitinib?

In unserer 47. Ausgabe unserer Reihe „Arzneimittel im Blickpunkt“ haben wir für Sie ausführliche Informationen zusammengestellt. Diese finden Sie unter 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

Strahlenschutzmaßnahmen in der radiologischen Diagnostik

Die Qualität der radiologischen Diagnostik wird bestimmt durch

- die medizinische Fragestellung, die eine rechtfertigende Indikation begründet,
- die optimierte Durchführung der Untersuchung,
- die Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen mit einer medizinisch vertretbar niedrigen Strahlenexposition
- sowie die fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht.

Dabei muss das Grundprinzip der Minimierung der Strahlenexposition des Patienten – und gegebenenfalls des Untersuchers – unbedingt im Vordergrund stehen. Der Strahlenschutz verpflichtet, die geforderte diagnostische Information mit einer vertretbar niedrigen Strahlendosis zu erreichen. Die erforderlichen Patientenschutzmittel sind bei jeder röntgendiagnostischen Einrichtung bereitzuhalten.

Neben einer guten Lagerung und Einstellung ist eine korrekte objekt- und fragestellungsbezogene Einblendung notwendig. Die Einblendung muss auf dem Bild erkennbar sein.

Eine zusätzliche Bleiabdeckung der an den Rand des Strahlenfelds angrenzenden Abschnitte des Körperstamms ist vor allem bei Kindern und jüngeren Patienten wichtig.

Bei männlichen Patienten bis zum 60. Lebensjahr müssen bei allen Röntgenuntersuchungen des Abdomens, des Harntrakts, des Magen-Darm-Trakts sowie des Beckens und der Lendenwirbelsäule grundsätzlich umschließende Hodenkapselfen angewandt werden. Bei entfernteren Strahlenfeldern (zum Bei-

spiel bei Thoraxuntersuchungen) genügt eine Gonaden- oder Patientenschutzschürze.

Bei weiblichen Personen bis zum 50. Lebensjahr ist die Anwendung eines Ovarienschutzes als direkte Abdeckung oder als indirekter Ovarienschutz durch Einschleiben einer Bleiplatte in die Tiefenblende grundsätzlich zu fordern, soweit hierdurch der Informationsgehalt der Untersuchung nicht wesentlich eingeschränkt oder die Wahrscheinlichkeit von Wiederholungsaufnahmen nicht deutlich erhöht wird.

Bei Mädchen und Frauen soll bei Aufnahmen des Thoraxbereichs wegen des strahlungssensiblen Mammagewebes der dorsoventrale Strahlengang gewählt werden.

Die genannten Altersgrenzen für die zwingend anzuwendenden Patientenschutzmittel basieren auf der allgemein üblichen Reproduktionsfähigkeit. Sofern bis zu diesem Alter kein Gonadenschutz/Ovarienschutz verwendet wurde, führt dies in der Qualitätssicherung zu erheblichen Beanstandungen.

Zur Vereinfachung haben wir für Sie auf Basis folgender Quellen eine Übersicht der zu verwendenden Patientenschutzmittel erstellt:

- Leitlinie der Bundesärztekammer bei den einzelnen Organbereichen
- Leitlinie der Bundesärztekammer – allgemeiner Teil (A. Grundlegende Qualitätsanforderungen an die Röntgendiagnostik
2. Aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen (17) Patientenschutzmittel)
- DIN EN 61331-3 – Tabelle Patientenschutzmittel

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen

Angelika Stömmmer
Telefon 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer
Telefon 5 70 93 – 35 13

Andrea Kopeczek
Telefon 5 70 93 – 33 46

Agnes Betz
Telefon 5 70 93 – 35 17

Anwendung Gonadenschutz				
Organbereich	Strahlenschutz männlich	Strahlenschutz weiblich	Strahlenschutz Kinder und Jugendliche	Zusatzfilterung
Schädel a.p./p.a.	wenn möglich Schilddrüsen-schutz	wenn möglich Schilddrüsen-schutz	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Schädel seitlich	wenn möglich Schilddrüsen-schutz	wenn möglich Schilddrüsen-schutz	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Thorax p.a./a.p. (stehend)	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Thorax p.a./a.p. (liegend)	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Thorax seitlich	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Hüftgelenk, Oberschenkel	Hodenkapsel	Gonadenschutz-schürze	Knaben: immer Hodenkapsel Mädchen: Ovarienabdeckung oder indirekter Ovarienschutz durch Bleieinschub in die Tiefenblende, wenn diagnostisch möglich	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Schulter, Oberarm, Clavicula, Rippen, Sternum	Gonadenschutz-schürze, wenn möglich Schilddrüsen-schutz	Gonadenschutz-schürze, wenn möglich Schilddrüsen-schutz	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Kniegelenk, Unterschenkel	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Ellbogen, Unterarm, Sprunggelenk	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Hand, Finger, Fußwurzel, Vorfuß, Zehen	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	keinen
HWS a.p.	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
HWS seitlich	Gonadenschutz-schürze	Gonadenschutz-schürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu

Anwendung Gonadenschutz				
Organbereich	Strahlenschutz männlich	Strahlenschutz weiblich	Strahlenschutz Kinder und Jugendliche	Zusatzfilterung
BWS a.p.	Gonadenschutzschürze	Gonadenschutzschürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
BWS seitlich	Gonadenschutzschürze	Gonadenschutzschürze	Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
LWS a.p.	Hodenkapsel	Ovarialabdeckung, wenn diagnostisch möglich	Knaben: Hodenkapsel Mädchen: Ovarialabdeckung, wenn diagnostisch möglich Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
LWS seitlich	Hodenkapsel	keine	Knaben: Hodenkapsel Mädchen: Ovarialabdeckung, wenn diagnostisch möglich Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Wirbelsäulen-Ganzaufnahme a.p.	Hodenkapsel	focusnaher Ovarienschutz Mammaabdeckung	Knaben: Hodenkapsel Mädchen: focusnaher Ovarienschutz, Abdeckung der Brustdrüsenanlage/Mamma, alternativ p.a.-Strahlengang bei LWS-Becken-Hüftgelenk-Aufnahme: Abdeckung der diagnostisch nicht interessierenden Teile des Abdomens	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Wirbelsäulen-Ganzaufnahme seitlich	Hodenkapsel	keine	Ausblendung und/oder Bleiabdeckung der Mamma beziehungsweise der Brustdrüsenanlage	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Becken	Hodenkapsel	abhängig von Fragestellung direkter Ovarienschutz oder indirekter Ovarienschutz durch Bleieinschub in Tiefenblende	Knaben: Hodenkapsel Mädchen: Ovarienschutz oder indirekter Ovarienschutz durch Bleieinschub in Tiefenblende	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Sacrum seitlich	keine	keine	Knaben: Hodenkapsel	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu

Anwendung Gonadenschutz				
Organbereich	Strahlenschutz männlich	Strahlenschutz weiblich	Strahlenschutz Kinder und Jugendliche	Zusatzfilterung
Abdomen	Hodenkapsel	keine	Knaben: Hodenkapsel, angrenzenden Thorax mit Bleigummiabdeckung	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Gallenwege und Pankreas	keine	keine	keine	keine
Ösophagus, Magen und Duodenum	Hodenkapsel	keine	keine	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Dünndarm	Hodenkapsel	keine	keine	keinen
Kolon, Rektum	Hodenkapsel	keine	Knaben: Hodenkapsel	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Harntrakt, Nieren und ableitende Harnwege	Hodenkapsel	keine	Knaben: Hodenkapsel, Bleigummiabdeckung der unmittelbar anschließenden Körperabschnitte, vor allem des Sternums und der Rippen, bei Frühaufnahmen der Nieren nach Kontrastmittelgabe auch Bleigummiabdeckung des Unterbauchs	1 mm Al + mindestens 0,1 mm Cu
Gefäße	Hodenkapsel	Ovarienschutz oder Beckenabdeckung	keine	keine

Stichprobenprüfungen Computertomographie

Bislang wurde den KVen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) freigestellt, die Stichprobenprüfungen im Bereich der Computertomographie zu reduzieren oder sogar auszusetzen, sofern überwiegend „keine“ oder nur „geringe“ Beanstandungen festgestellt wurden. Diese Regelung ist bis zum 31. Dezember 2017 befristet gültig.

Aufgrund der guten Ergebnisse wurde die Stichprobenprüfung auch für alle betroffenen bayerischen Ärzte ausgesetzt.

Diese auf Bundesebene geschlossene Regelung wird jedoch nicht weiter verlängert und damit wird die **Stichprobenprüfung für Computertomographie ab dem Jahr 2018 wieder aufgenommen.**

Angefordert werden dabei von mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte die Bild- und Befunddokumentationen von jeweils zwölf abgerechneten Fällen. Die Auswahl der Ärzte und Fälle erfolgt nach dem Zufallsprinzip.

Die von der Stichprobenprüfung betroffenen Ärzte erhalten ein Anschreiben, mit dem sie um die Einreichung der Unterlagen gebeten werden. Die Unterlagen werden dann durch die Qualitätssicherungskommission Computertomographie gemäß den Vorgaben der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) und der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie (QBR-RL) begutachtet und das Ergebnis dem geprüften Arzt schriftlich mitgeteilt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin
Isabelle Pawletko unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 47
E-Mail Isabelle.Pawletko@kvb.de

Neuerungen im Formularbereich

Zum 1. Januar 2018 treten folgende Änderungen im Formularbereich in Kraft:

Muster 1: Anpassung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

In die „Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber“ (Muster 1b) wird als zusätzliche Information eingefügt, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit informiert wird.

In der „Ausfertigung für Versicherte“ (Muster 1c) wurden die Hinweise ergänzt, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit informiert wird und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Versicherte den Durchschlag an die Krankenkasse „innerhalb von einer Woche“ weiterleiten muss. Ansonsten droht dem Patienten Krankengeldverlust.

Zusätzlich wurde in die Vordruckvereinbarung zu Muster 1 aufgenommen, dass die Krankenkasse dem Versicherten unter Berücksichtigung des Datenschutzes anbieten kann, die „Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse“ elektronisch an diese zu übermitteln.

Die Restbestände der Formulare können aufgebraucht werden. Es gibt keine Stichtagsregelung.

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

Muster 18: Verordnungsformular „Heilmittelverordnung – Maßnahmen der Ergotherapie“ wird erweitert auch für Maßnahmen der Ernährungstherapie

Bisher ist das Verordnungsformular 18 auf Maßnahmen der Ergotherapie beschränkt. Ab 1. Januar 2018 kann es auch zur Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie Mukoviszidose genutzt werden. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 18 wurden entsprechend angepasst.

Die Restbestände der Formulare können aufgebraucht werden. Es gibt keine Stichtagsregelung.

Einführung des PDF-Formats für die Blankoformularbedruckung

Eine weitere Neuerung betrifft die Blankoformularbedruckung. Die Muster werden ab dem 1. Januar 2019 ausschließlich als PDF-Format bereitgestellt. In der Übergangszeit vom 1. Januar 2018 bis zum 1. Januar 2019 werden die Muster sowohl in den bisher angebotenen alten Postscript-Formaten als auch im neuen PDF-Format zur Verfügung gestellt.

Aktualisierung ICD-10-GM und OPS

Bedingt durch die medizinische Entwicklung und Anpassung des G-DRG-Fallpauschalensystems hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die ICD-10-GM- und OPS-Versionen auf den Stand 2018 aktualisiert und erweitert. Beide Werke sind verbindlich für die Dokumentation und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen und ambulanter Operationen.

Sie finden den ICD-10-GM 2018 unter www.DIMDI.de und den OPS 2018 im Anhang 2 zum 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

Thesauren und Zi-Kodierhilfen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat auf seiner Internetseite unter www.zi.de sowohl Haus- als auch Facharztthesauren zur Verfügung gestellt, die die gebräuchlichsten Diagnoseverschlüsselungen für die einzelnen Fachgebiete wiedergeben. Diese sind auch zum Download bereitgestellt.

Ebenso können beim Zi die Zi-Kodierhilfe und das Zi-Kodiermanual elektronisch nachgeschlagen werden, mit denen Vertragsärzte und -psychotherapeuten den richtigen ICD-10-Schlüssel für jede Erkrankung finden können. Die Zi-Kodierhilfe steht ab sofort auch als mobile Anwendung für Smartphones und Tablets zur Verfügung. Mit der App können Ärzte und Psychotherapeuten die ICD-10-GM noch bequemer durchsuchen. Sie enthält fachliche Erläuterungen zu nahezu allen Diagnosekodes. Nutzer finden die App des Zi im Google Play Store (Android) sowie im Apple App Store (iOS) über das Stichwort „Zi-Koderhilfe“. Sie ist kostenlos und werbefrei.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Gründer-/Abgeberforum

Zielgruppe

Niederlassungswillige und Praxisinhaber

Inhalt

Diese Veranstaltung ist ein Mix aus Vorträgen und Vermittlungsbörse. Während der Vorträge können sich Praxisabgeber und Existenzgründer wichtige rechtliche Grundlagen zur Zulassung, Investitionsplanung und Altersvorsorge aneignen.

Bei der Vermittlungsbörse besteht parallel die Möglichkeit, dass sich Praxisabgeber und Interessenten zur Praxisübernahme unverbindlich kennenlernen.

Themenschwerpunkte für Niederlassungswillige

- Unternehmen Arztpraxis: Voraussetzungen und notwendige Schritte für eine Zulassung
- Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Finanzierung der Arztpraxis
- Steuerliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Themen
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Themenschwerpunkte für Praxisabgeber

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Informationen zur Praxisbewertung
- Steuerliche Aspekte aus Sicht des Praxisabgebers

- Die rechtliche Gestaltung der Praxisübergabe
- Stolpersteine bei der Praxisübergabe

Vermittlungsbörse

- Möglichkeit für Niederlassungswillige und Praxisabgeber, sich gegenseitig kennenzulernen
- Vorstellung der Online-Angebote: Praxis- und Kooperationsbörse der KVB

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminar­daten		
9. März 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
17. März 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
14. April 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
5. Mai 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Straubing/KVB
9. Juni 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB
23. Juni 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB
14. Juli 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB
10. November 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg/KVB
10. November 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg/KVB
1. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB
8. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB

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 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: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Einsteiger

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Hautärztliche 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 II

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul III

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul IV

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul V

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul VI

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2018 20. Februar 2018 22. Februar 2018 28. Februar 2018 7. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Nürnberg Regensburg Augsburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. März 2018 14. März 2018 22. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. März 2018 21. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. März 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. März 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 13. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2018 7. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	27. Januar 2018 24. Februar 2018	9.00 bis 16.15 Uhr 9.00 bis 16.15 Uhr	Regensburg München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	7. Februar 2018 28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr 17.00 bis 20.30 Uhr	Würzburg München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	21. März 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	14. März 2018	17.00 bis 20.45 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
Praxisinhaber	kostenfrei	14. März 2018	17.00 bis 20.30 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

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsbildung

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

Fachseminare

Team Resource Management für das Praxisteam

Hygiene

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Notfalltraining

Notfalltraining für das Praxisteam

Notfalltraining für das Praxisteam - Vormittag

Personalführung

Konfliktmanagement

Update Führung für erfahrene Führungskräfte

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorenreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen

Telefontraining

Telefontraining für die Praxis

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Wirtschaft und Recht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und PT

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
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
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	2. März 2018 3. März 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	17. März 2018	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. März 2018 21. März 2018	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg München
Existenzgründer	kostenfrei	9. März 2018 17. März 2018	14.00 bis 19.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. März 2018	13.30 bis 17.15 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. März 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	27. Januar 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	2. Februar 2018 7. Februar 2018 28. Februar 2018 7. März 2018 14. März 2018	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	München Nürnberg Würzburg München Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. März 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	21. März 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. März 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	München

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 Krankenförderung 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-

nalisation) 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 Paragraph 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“ (MVB-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 – beinhaltet 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 Punktvolumen (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: Nagelkorrekturspangen: Förderung 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

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)

- 1xklysmasalinisch – 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	Teilnahme- gebühr	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

KVBIINFOS 04|18

ABRECHNUNG

- 46 Die nächsten Zahlungstermine
- 46 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2018
- 48 Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Stand 1. Januar beziehungsweise 1. April 2018
- 49 Herpes simplex- und Varicella zoster-Viren
- 50 Laborreform: Änderungen Wirtschaftlichkeitsbonus
- 51 Untersuchung/Beratung der Wöchnerin, GOP 01815

VERORDNUNG

- 51 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 51 Standardimpfungen vervollständigen
- 51 FAQs zu Impfungen
- 52 Vorsicht vor Ulipristal und Flupirtin
- 52 Ocrelizumab/Ocrevus®
- 52 Einmalhandschuhe
- 52 Patientenhinweis „Säureblocker“ ergänzt

QUALITÄT

- 53 Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

IT IN DER PRAXIS

- 54 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

SEMINARE

- 55 KVB-Hygienetag 2018 in Bayreuth
- 55 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 56 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

Informationen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Stand 1. Januar beziehungsweise 1. April 2018

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18*.

Am 10. März 2018 hat die Vertreterversammlung der KVB Änderungen des HVM 2018 beschlossen. Auslöser war in erster Linie eine Änderung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Laborvergütung, die zum 1. April 2018 in Kraft tritt. Daneben haben sich einige (wenige) fachgruppenbezogene sowie formale und redaktionelle HVM-Anpassungen ergeben.

I. HVM-Änderungen ab 1. April 2018 aufgrund geänderter KBV-Vorgaben zur Laborvergütung

Laborleistungen im Auftrag und Wirtschaftlichkeitsbonus

Ab 1. April 2018 werden nach Maßgabe der KBV-Vorgaben nur noch veranlasste Laborleistungen (Anforderung über Muster 10 [1] der Vordruckvereinbarung) und der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) aus dem sogenannten „Grundbetrag Labor“ vergütet. Alle übrigen Laborleistungen werden in den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in die haus- und fachärztlichen Grundbeträge überführt.

Die Ermittlung des neu definierten Grundbetrags Labor und das damit für diese Leistungen zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen wird von der KBV in ihren Vorgaben festgelegt. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten mehr Leistungen abgerechnet als dafür an Geld zur Verfügung steht, erfolgt eine Quotierung der veranlassten Laborleistungen und des Wirtschaftlichkeitsbonus. Als Mindestquote

hat die KBV eine Quote in Höhe von 89 Prozent vorgegeben.

Laborleistungen im Bereitschaftsdienst und bei Notfällen in Krankenhäusern

Alle Laborleistungen, die im Bereitschaftsdienst und im Rahmen von Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern erbracht werden, werden unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet. Diese Regelung gilt – nach einer entsprechenden Änderung der KBV-Vorgaben – bereits seit 1. Januar 2018.

Laborgemeinschaften

Laborleistungen, die von Haus- und Fachärzten bezogen und von Laborgemeinschaften abgerechnet werden (Anforderung über Muster 10A [2] der Vordruckvereinbarung), werden nach dem HVM mit der gleichen Quote vergütet, die sich für die über Muster 10 angeforderten Leistungen ergibt. Auch hier gilt damit eine Mindestquote in Höhe von 89 Prozent.

„Akutlabor“

Die Leistungen nach GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM werden, wenn sie vom behandelnden Arzt unmittelbar in eigener Praxis erbracht werden (sogenanntes „Akutlabor“), unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet. Werden die Leistungen auf Muster 10 oder Muster 10A abgerechnet, unterliegen sie einer Quotierung mit einer Mindestquote in Höhe von 89 Prozent.

Selbsterbrachte Laborleistungen

Für alle Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM, die in der eigenen Praxis erbracht werden (also nicht über Muster 10 oder

Muster 10A abgerechnet) wird sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich ein eigener Leistungstopf gebildet. Für den Leistungstopf gilt analog zu den bereits in den Versorgungsbereichen bestehenden Leistungstopfen eine Mindestquote in Höhe von 85 Prozent.

GOP 12210 und 12220 EBM

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Labormediziner (GOP 12210 und 12220 EBM) werden im fachärztlichen Versorgungsbereich unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet.

Laborbudget für „Nicht-Laborärzte“

Die bisher in den KBV-Vorgaben für bestimmte fachärztliche Fachgruppen enthaltenen Budgetierungsregelungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM bleiben in den neuen KBV-Vorgaben als mögliche Option erhalten und werden im HVM 2018 fortgeführt. Wie bisher wird das Budget ausgesetzt, wenn die betroffenen Ärzte nachweisen, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen.

II. Fachgruppenspezifische Änderungen für HNO-Ärzte, Phoniater und Anästhesisten

HNO-Ärzte und Phoniater

Nach einer Höherbewertung der GOP 09372 bis 09374 EBM und der GOP 20372 bis 20374 EBM durch den Bewertungsausschuss in seiner

[1] Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

[2] Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften

Herpes simplex- und Varicella zoster-Viren

411. Sitzung zum 1. Januar 2018 (vergleiche unser Service-Rundschreiben vom 22. Dezember 2017) erhöhen sich für HNO-Ärzte und in geringem Umfang auch für Phoniater die kalkulatorischen RLV-Fallwerte 2018.

Anästhesisten

In Abstimmung mit dem Berufsverband wurde bei den Anästhesisten ab 1. April 2018 die RLV-Fallzählung in Hinblick auf die GOP 05230 EBM geändert. Wird außer der GOP 05230 EBM keine weitere RLV-relevante Leistung im Fall abgerechnet, löst sie keinen RLV-Fall aus und wird dann als freie Leistung vergütet. In Umsetzung dieser HVM-Änderung ergeben sich für die Anästhesisten ab 1. April 2018 neue (höhere) kalkulatorische RLV-Fallwerte.

Die kalkulatorischen Fallwerte 2018 der einzelnen RLV-Fachgruppen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18/ Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*. Die oben genannten Fallwertänderungen sind dort bereits berücksichtigt.

III. Weitere Informationen

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.18*. Dort sind auch die aktualisierte Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie die „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2018“ eingestellt.

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

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die Vorgaben der KBV gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung (KBV-Vorgaben) zu beachten. Diese werden von der KBV im Internet unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* veröffentlicht. Auf unserer Internetseite finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Internetseite der KBV.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Nach den derzeitigen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) können die laboratoriumsmedizinischen Nachweise von Herpes simplex-Viren (HSV) und Varicella zoster-Viren (VZV) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung geführt werden. Für den Antigen-Nachweis von HSV ist die Gebührenordnungsposition (GOP) 32785 berechnungsfähig. Für den Antigen-Nachweis von VZV kann die „ähnliche Untersuchung“ nach GOP 32791 abgerechnet werden. Die Berechnung der GOP 32791 setzt neben der Angabe des Virus-Antigens die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Für den Nachweis von HSV- beziehungsweise VZV-spezifischer Nukleinsäure mittels molekularbiologischen Methoden, wie zum Beispiel der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) besteht derzeit keine Möglichkeit der Berechnung als vertragsärztliche Leistungen über die Gebührenordnungspositionen des EBM, da die Erreger weder im Abschnitt 32.3.12 („Molekularbiologische Untersuchungen“) des EBM aufgeführt sind, noch die Abrechnungsmöglichkeit über eine „Ähnliche Untersuchung“ aus dem Kapitel 32 des EBM besteht.

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

Laborreform: Änderungen Wirtschaftlichkeitsbonus

Mit Wirkung zum 1. April 2018 treten im Zuge der Laborreform Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus in Kraft. Dies hat der Bewertungsausschuss in seiner 412. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen. Für einen größeren Anreiz einer wirtschaftlichen Veranlassung von Laboruntersuchungen wurde der Wirtschaftlichkeitsbonus neu ausgerichtet.

Über die Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus im Detail haben wir alle betroffenen Ärzte mit unserem Rundschreiben vom 7. März 2018 gesondert informiert. Sie finden dieses Rundschreiben sowie weitere Informationen zu den Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus, wie Übersichten über die fachgruppenspezifischen Grenzwerte und den Wert des Wirtschaftlichkeitsbonus, die Liste der Ausnahme-Kennnummern sowie Berechnungsbeispiele unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Reform*.

Nochmals in Kürze: Was ändert sich beim Wirtschaftlichkeitsbonus?

Der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) bleibt und wird bei Vorliegen der Voraussetzungen auch weiterhin von der Kassenärztlichen Vereinigung Ihrer Abrechnung zugesetzt und berechnet. Wie bisher weisen wir Ihnen die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus in einem entsprechenden Nachweis in Ihren Honorarunterlagen aus.

■ Zukünftig werden die durchschnittlichen Laborkosten einer Arztpraxis je Behandlungsfall (individueller Fallwert) mit den durchschnittlichen Laborkosten der Arztgruppe (unterer und oberer Grenzwert) verglichen und so ein Wirtschaftlichkeitsfaktor für die Praxis ermittelt. Dabei gilt:

- individueller Fallwert \leq unterer Grenzwert = Wirtschaftlichkeitsfaktor 1 \Rightarrow Wirtschaftlichkeitsbonus wird voll anerkannt
- individueller Fallwert \geq oberer Grenzwert = Wirtschaftlichkeitsfaktor 0 \Rightarrow keine Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
- individueller Fallwert \geq unterer Grenzwert und \leq oberer Grenzwert \Rightarrow Wirtschaftlichkeitsfaktor zwischen 1 und 0 \Rightarrow Wirtschaftlichkeitsbonus wird anteilig anerkannt
- Bei der Berechnung wird nicht mehr zwischen Allgemeinversicherten und Rentnern sowie zwischen Allgemein- und Speziallabor (Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM) unterschieden.
- Die Punktzahlen des Wirtschaftlichkeitsbonus nach Gebührenordnungsposition 32001 wurden neu berechnet und im EBM festgelegt.
- Auch die Zuordnung, welche Fachgruppen den Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten, wurde neu festgelegt.
 - Zukünftig erhalten keinen Wirtschaftlichkeitsbonus mehr: Anästhesisten, Radiologen, Strahlentherapeuten sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Ausnahme: wenn sie schmerztherapeutisch tätig sind), Notfallärzte.
 - Neu: Einen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten Fachärzte für Humangenetik, Fachärzte für Neurochirurgie sowie Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatler und Pädaudiologen).
- Eigene Werte erhalten die Bereiche gynäkologische Reproduktionsmedizin, rheumatologische Orthopädie und Schmerztherapie.
- Kinderärzten mit Schwerpunkt beziehungsweise Zusatzweiterbildung, die im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sind, werden in diesen Fällen die Werte des entsprechenden Schwerpunkts der Inneren Medizin zugeordnet.
- Den Wirtschaftlichkeitsbonus gibt es einmal je Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale von der betroffenen Fachgruppe abgerechnet wurde.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus kann nunmehr auch neben den präoperativen Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnet werden.
- In Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte (Kennzeichnung mit Kennnummer 88192 beziehungsweise 88194) werden wie bisher bei der Fallzählung für die Berechnung der Fallwerte und Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus berücksichtigt.
- Die Ausnahme-Kennnummern gibt es weiterhin, sie befreien künftig aber nur noch bestimmte Laboruntersuchungen von der Anrechnung auf die Laborkosten. Sie sind ausschließlich in der Abrechnung der eigenerbringenden, beziehenden/veranlassenden Praxis anzugeben und bei multimorbiden Patienten können mehrere Kennnummern in der Abrechnung angegeben 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

Untersuchung/Beratung der Wöchnerin, GOP 01815

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Erbringung und Abrechnung der GOP 01815 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Abschnitt F der Mutterschafts-Richtlinie verbindlich festgelegt wurde. Es gilt:

- Eine Untersuchung ist **innerhalb der ersten Woche** nach der Entbindung möglich.
- Eine weitere Untersuchung ist etwa sechs Wochen, **spätestens jedoch acht Wochen** nach der Entbindung berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die Untersuchung und Beratung der Wöchnerin außerhalb der vorgenannten Zeitfenster nicht berechnungsfähig 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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

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

- Alectinib
- Blinatumomab – Neubewertung nach Fristablauf
- Cerliponase alfa
- Dabrafenib – neues Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom
- Etelcalcetid
- Nivolumab – neue Anwendungsgebiete: Urothelkarzinom, Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich
- Nusinersen
- Pembrolizumab – neues Anwendungsgebiet: Hodgkin-Lymphom
- Rolapitant
- Tofacitinib
- Trametinib – neues Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom

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

Standardimpfungen vervollständigen

In unserem *Verordnung Aktuell* zum Thema „Standardimpfungen dürfen vervollständigt werden“ informieren wir darüber, dass unabhängig der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Altersgrenzen, eine Standardimpfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt beziehungsweise der Impfschutz vervollständigt werden darf (Artikel 1 Absatz 2 Schutzimpfungs-Richtlinie). Neben den bisher genannten Ausnahmen (Pneumokokken, Rotavirus) dieser Regel wurde sie um die Impfung gegen den Haemophilus influenzae Typ b 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

FAQs zu Impfungen

Wir haben unsere FAQs zu Impfungen ergänzt und/oder konkretisiert. Sie finden sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*. Insbesondere die Information zur Impfung gegen die Pneumokokken-Infektion wurde häufig angefragt.

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

Vorsicht vor Ulipristal und Flupirtin

In unserem „*Verordnung Aktuell*“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell* finden Sie Informationen zur Bewertung der EMA zu Ulipristal zur Myombehandlung (Esmya®) und der Empfehlung der PRAC zur Rücknahme der Zulassung von Flupirtin (Katadolon® sowie Generika). Einzelne Hersteller haben bereits ihre Flupirtin-haltigen Arzneimittel wegen der Gefahr schwerwiegender Leberschäden zurückgerufen.

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

Ocrelizumab/Ocrevus®

In einer neuen Ausgabe unserer Reihe „*Arzneimittel im Blickpunkt*“ mit dem Titel „Ocrelizumab/Ocrevus® – ein neues Arzneimittel sowohl gegen schubförmig remittierende Multiple Sklerose als auch das erste zugelassene Arzneimittel gegen primär progrediente Multiple Sklerose“ beleuchten wir für Sie – pharmakologisch unabhängig – die aktuelle Studienlage.

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

Einmalhandschuhe

Einmalhandschuhe ermöglichen Patienten, Handgriffe der Kranken- und Behandlungspflege gefahrlos an sich selbst vorzunehmen. Eine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nur gegeben bei:

- Patienten, die der regelmäßigen (Selbst-) Katheterisierung bedürfen (sterile Einmalhandschuhe)
- Patienten, bei denen eine endotracheale Absaugung mit sterilen Absaugkathetern durchgeführt werden muss (sterile Einmalhandschuhe)
- Querschnittsgelähmten mit Darm- lähmung zur Darmentleerung (unsterile Einmalhandschuhe)

Bitte beachten Sie, dass die Verordnungsfähigkeit nur dann gegeben ist, wenn der Patient selbst oder seine Angehörigen die Katheterisierung, Absaugung oder Darmentleerung vornehmen. Erfolgt die Katheterisierung, Absaugung oder die Darmentleerung zum Beispiel durch einen Pflegedienst im Rahmen sonstiger Leistungen der Gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung, sind Einmalhandschuhe nicht verordnungsfähig.

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

Patientenhinweis „Säureblocker“ ergänzt

Der Patientenhinweis „Säureblocker“ wurde um einen weiteren Hinweis ergänzt. Damit reagieren wir auf Ihre Rückmeldungen, dass Ihre Patienten – standardmäßig – Säureblocker verordnet bekommen wollen, wenn nicht selektive, nicht-steroidale-Antirheumatika (zum Beispiel Diclofenac, Ibuprofen, ASS) eingenommen werden. Die Zulassung der „Säureblocker“ bezieht sich auf die Vorbeugung von Nebenwirkungen bei Risikopatienten (zum Beispiel Ereignis wie Magengeschwür in der Vorgeschichte). Bei Patienten, die kein erhöhtes Risiko haben, ist die Verordnung eines „Säureblockers“ zulasten der gesetzlichen Krankenkasse nicht möglich.

Unsere Patientenhinweise sind zur Auslage in Ihren Wartezimmern geeignet. Sie finden Sie zum Herunterladen unter 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

Aktualisierung diagnostischer Referenzwerte

Als Grundlage für die Qualitätssicherung bei der Durchführung von Röntgenuntersuchungen erstellt und veröffentlicht das Bundesamt für Strahlenschutz diagnostische Referenzwerte (Paragraf 16 Absatz 1 Röntgenverordnung (RöV)). Diese Werte werden regelmäßig aktualisiert und sind bei der Untersuchung von Menschen zugrunde zu legen.

Für folgende Untersuchungsarten wurden nun aktualisierte diagnostische Referenzwerte veröffentlicht:

- konventionelle Projektionsaufnahmen am Erwachsenen
- mammografische Untersuchungen
- konventionelle Projektionsaufnahmen am Kind
- diagnostische Durchleuchtungsuntersuchungen am Erwachsenen
- diagnostische Durchleuchtungsuntersuchungen am Kind
- interventionelle Eingriffe am Erwachsenen
- Computertomografie-Untersuchungen am Erwachsenen
- Computertomografie-Untersuchungen am Kind

Die Tabellen mit den Werten zu den einzelnen Untersuchungsarten finden Sie im Internet unter www.bfs.de/diagnostische-referenzwerte.

Bitte achten Sie im Sinne des Strahlenschutzes auf die Einhaltung der Referenzwerte. Sollten diese im Einzelfall abweichen, empfehlen wir Ihnen, die Begründung zu dokumentieren.

Der Leitfaden zur Handhabung der diagnostischen Referenzwerte in der Röntgendiagnostik wurde überarbeitet. Demzufolge ist bei Patienten unter 18 Jahren die Angabe der

Größe und des Gewichts erforderlich. Aus diesem Grund werden diese Daten zukünftig bei der Stichprobenprüfung im Rahmen der Qualitätssicherung besonders berücksichtigt und daher konkret abgefragt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiter unter folgenden Telefonnummern:

Konventionelles Röntgen

Angelika Stömmner

0 89 / 5 70 93 – 33 44

Silvia Meyer

0 89 / 5 70 93 – 35 13

Andrea Kopeczek

0 89 / 5 70 93 – 33 46

Agnes Betz

0 89 / 5 70 93 – 35 17

Mammografie

Sandra Schiele

0 89 / 5 70 93 – 33 68

Computertomografie

Isabelle Pawletko

0 89 / 5 70 93 – 23 47

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend stellen wir Ihnen unsere regelmäßigen 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 Mona-

te 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 mit dem System/den Systemen des genannten Anbieters im bezo-

genen Quartal abgerechnet haben. Im Quartal 4/2016 wurden insgesamt 18.633 Installationen vermerkt, und im Quartal 4/2017 18.690. Zum Jahresende 2017 waren insgesamt 110 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 4/2016 zu 4/2017
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.589	19,20 %	+136
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.518	13,47 %	-53
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.636	8,75 %	-80
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.567	8,38 %	-32
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	908	4,86 %	-36
6	ALBIS	CompuGroup Medical	870	4,65 %	-36
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	818	4,38 %	-25
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	586	3,14 %	-38
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	527	2,82 %	-37
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	464	2,48 %	+14

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 4/2016 zu 4/2017	Installationen gesamt (Stand 4/2017)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+136	3.589
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+87	143
3	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+55	130
4	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+48	300
5	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+35	41
6	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+29	189
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+28	188
8	Elefant	HASOMED GmbH	+25	288
9	tomedo	zollsoft GmbH	+23	113
10	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+17	190

KVB-Hygienetag 2018 in Bayreuth

Die jährliche Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Praxismitarbeiter zu Fragestellungen im Bereich Hygiene und Infektiologie findet statt am **Samstag, den 21. April 2018, von 9.30 bis 16.00 Uhr** in der KVB-Bezirksstelle Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 95448 Bayreuth. Die Teilnahmegebühr beträgt 35,- Euro.

Verschiedene Fachvorträge zu folgenden Themen stehen auf dem Programm: Rationaler Einsatz von Antibiotika, Multiresistente Erreger & C. difficile, Hygiene- und Infektionsprävention in der Arztpraxis.

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“ geforderten Teilnahme an einer Informationsveranstaltung zum Thema „Antibiotika-Resistenzlage und Therapie“.

Ärzte aus der Region haben bereits eine Einladung mit Anmelde-möglichkeiten erhalten. Weitere Interessenten wenden sich bitte per E-Mail an svs@kvb.de.

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Zielgruppe
Praxisinhaber

Inhalt
Es ist keine Selbstverständlichkeit, immer gesund zu sein, keine Unfälle zu haben und lange zu leben. Auch Ärzte und Psychotherapeuten bleiben nicht von Krisensituationen verschont. Die KVB versucht, ihren Mitgliedern und deren Angehörigen bei Krankheit, Unfall oder auch bei Todesfällen zu helfen, um ihre Praxen weiterzuführen oder an Nachfolger übergeben zu können.

Als freiberuflicher Arzt oder Psychotherapeut mit einer großen Verantwortung gegenüber Familie, Praxis und Personal ist es wichtig, auf solche Krisensituationen vorbereitet zu sein und zu wissen, welche Handlungsoptionen bestehen. Unser neues Seminarangebot liefert Ihnen dazu wichtige Informationen.

- Themenschwerpunkte**
- Regelungen des Vertragsarztsystems im Falle von Krankheit, Unfall, Pflege oder Tod des Praxisinhabers
 - Unterstützungsmöglichkeiten der KVB
 - Notwendige Erklärungen (ge-

benenfalls Urkunden) und Vollmachten durch den Praxisinhaber gegenüber der KVB

- Versicherungstechnische Hinweise
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Testamente und Besonderheiten der Erbfolgeregelung bei Arztpraxen
- Ehevertrag
- Gesellschaftsrecht in der Arztpraxis
- Betrieblicher Notfallplan und Praxisvorsorge

Referenten
KVB-Mitarbeiter und ein Fachanwalt für Erbrecht

Teilnahmegebühr
kostenfrei

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Ihre 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

Seminar-daten			
18. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg/KVB	
4. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
11. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
10. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
7. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB	

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*.

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Erste Basics für MFA: HNO-Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 5

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. April 2018 3. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2018 9. Mai 2018 9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Bayreuth Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. April 2018 25. April 2018 15. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Straubing Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Mai 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. April 2018 24. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	16. Mai 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	18. April 2018	16.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	2. Mai 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Augsburg
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
Praxismitarbeiter	45,- Euro	20. April 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	25. April 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. April 2018 21. April 2018	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
		27. April 2018 28. April 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. April 2018 28. April 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
		4. Mai 2018 5. Mai 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

Die Seminare sind zum Teil gebührenpflichtig und in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt.

Fortbildungspunkte

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

Themengebiet**Fachseminare**

Fortbildung Impfen

Notfalltraining für das Praxisteam

Notfalltraining Praxisteam - Refresher

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Niederlassung und Praxisabgabe

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Gründer- und Abgeberforum

Praxismanagement

Fit für den Empfang

Beschwerdemanagement

Terminvereinbarung am Telefon

Update: Führung für erfahrene Führungskräfte

Praxismarketing als Teamaufgabe

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Selbstmanagement

Grenzen setzen - Grenzen achten

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Verordnungen I - Arzneimittel

Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	95,- Euro	25. April 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. April 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	Regensburg
		5. Mai 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	Augsburg
		5. Mai 2018	13.30 bis 17.15 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	28. April 2018	13.30 bis 16.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Mai 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
		16. Mai 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. April 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Würzburg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	5. Mai 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Plattling
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Mai 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Mai 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	12. Mai 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	12. Mai 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. April 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. April 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS

05|18

ABRECHNUNG

- 62 Die nächsten Zahlungstermine
- 62 Abklärungskoloskopien nach positivem iFOBT
- 63 IVOM: Rückwirkende Anpassung der Zeiten
- 63 Verordnung von Soziotherapie und Rehabilitation durch nichtärztliche Psychotherapeuten
- 64 Neugeborenen-Screening: Tyrosinämie Typ I
- 64 Digitale Tomosynthese der Brust

VERORDNUNG

- 65 Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen
- 65 Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim

QUALITÄT

- 66 DMP-Feedbackberichte

SEMINARE

- 66 Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter
- 67 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 68 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 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*

Abklärungskoloskopien nach positivem iFOBT

Seit dem 1. April 2018 sind die im Anschluss an einen positiven Früh-erkennungstest auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) durchgeführten Abklärungskoloskopien als kurative Untersuchungen abzurechnen. Dies hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 54. Sitzung am 14. März 2018 gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossen.

Über die Änderungen haben wir alle betroffenen Ärzte bereits mit unserem Rundschreiben vom 28. März 2018 gesondert informiert.

Die KBV erwägt, gegen den Beschluss zu klagen. Jedoch hat der Erweiterte Bewertungsausschuss die Anordnung der sofortigen Vollziehung beschlossen. Dies hat zur Folge, dass die Änderungen des EBM auch bei einer Klage durch die KBV mit Wirkung zum 1. April 2018 in Kraft treten.

Seit dem 1. April sind die Abklärungskoloskopien nach positivem iFOBT daher nicht mehr – wie in unserem Rundschreiben vom 30. März 2017 mitgeteilt – über die Gebührenordnungsposition 01741 (beziehungsweise 01741M), sondern über die Gebührenordnungsposition 13421 EBM abzurechnen. Bitte kennzeichnen Sie statt der Gebührenordnungsposition 01741 (beziehungsweise 01741M) zukünftig die Gebührenordnungsposition 13421 mit dem Buchstaben „A“ in der KVDT-Feldkennung 5023, wenn Sie diese Untersuchungen als Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT erbringen. So können wir im Falle eines Erfolgs der Klage der KBV die von Ihnen durchgeführten Abklärungskoloskopien in der Abrechnung identifizieren.

Bitte beachten Sie auch: Für die Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT gelten weiterhin die gleichen Qualitätssicherungsvorgaben und Dokumentationspflichten, wie sie für die koloskopischen Leistungen zur Früherkennung in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien geregelt sind. Bei der Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie ist anzugeben, ob es sich um eine „Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung“ handelt oder um eine „Koloskopie nach positivem iFOBT“.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

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

IVOM: Rückwirkende Anpassung der Zeiten

Der Bewertungsausschuss hat wegen der rückwirkenden Höherbewertung der Gebührenordnungspositionen für die intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM) ebenfalls rückwirkend zum 1. Januar 2018 in seiner 415. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) auch deren Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

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 endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

Verordnung von Soziotherapie und Rehabilitation durch nichtärztliche Psychotherapeuten

Mit Änderung der Rehabilitations- und Soziotherapie-Richtlinie im Juni 2017 dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei bestimmten Indikationen Leistungen der Rehabilitation und Soziotherapie verordnen. Über die Verordnung sowie deren notwendige Voraussetzungen (zum Beispiel Genehmigung) haben wir in unseren Ausgaben „Verordnung aktuell“ vom 2. und 28. Juni 2017 und vom 3. April 2018 bereits informiert.

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 416. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 7. März 2018 nun die Vergütung für die Verordnung festgelegt.

Seit 1. April 2018 können Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Verordnung von Soziotherapie oder medizinischer Rehabilitation die bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorhandenen Gebührenordnungspositionen abrechnen:

- GOP 01611: Verordnung von medizinischer Rehabilitation (302 Punkte; 32,18 Euro)
- GOP 30810: Erstverordnung Soziotherapie (168 Punkte; 17,90 Euro) – nur nach erteilter Genehmigung berechnungsfähig
- GOP 30811: Überprüfung Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie (168 Punkte; 17,90 Euro) – nur nach erteilter Genehmigung berechnungsfähig

Die Gebührenordnungspositionen wurden hierzu in Präambel 23.1 Nr. 5 EBM als berechnungsfähige Leistungen aufgenommen und Änderungen im Abschnitt 30.8 EBM

vorgenommen. Die Vergütung der Leistungen erfolgt extrabudgetär.

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

Neugeborenen-Screening: Digitale Tomosynthese der Brust Tyrosinämie Typ I

Bei Neugeborenen kann bald zur Früherkennung der Tyrosinämie Typ I eine Tandem-Massenspektroskopie durchgeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die seltene erbliche Stoffwechselerkrankung als 13. Zielerkrankung in das bestehende erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen. Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) ist am 16. März 2018 in Kraft getreten.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Das Screening auf Tyrosinämie Typ I 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 Untersuchung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren. Sie finden die Kinder-Richtlinie sowie den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik 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

Bei der Tomosynthese handelt es sich um ein bildgebendes Verfahren der Brust, welches auf Basis einer begrenzten Anzahl von Einzelaufnahmen mit unterschiedlichen Projektionswinkeln überlagerungsfreie Schichtaufnahmen liefert und so die unerwünschte Maskierung durch überlagerte Strukturen beseitigt. So ist es – anders als bisher – auch möglich, Tumore zu erkennen, die durch überlappendes Gewebe verdeckt sind. Diese Technik wird damit insbesondere bei dichtem Drüsengewebe und unklaren Befunden ergänzend zur herkömmlichen digitalen Mammographie und anderen Methoden der Mammadiagnostik eingesetzt.

Abrechnung EBM – IGEI

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können von den Versicherten nur solche Leistungen beansprucht und von den Vertragsärzten erbracht werden, die ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sind (Paragraf 12 SGB V). Der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen wird vom EBM abschließend bestimmt und ist einer analogen Berechnung nicht zugänglich, siehe auch *Allgemeine Bestimmungen I 1 EBM*.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann angewandt und abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat und sie durch den Bewertungsausschuss in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden.

Die im Rahmen der kurativen diagnostischen Radiologie der Mamma

zulasten der GKV erbringbaren Leistungen sind im Abschnitt 34.2.7 EBM abschließend aufgeführt. Die Tomosynthese ist dort nicht über eine Gebührenordnungsposition abgebildet. Insbesondere eine Abrechnung der GOP 34270 (Mammographie) scheidet aus, da die apparativen Voraussetzungen für die Mammographie gemäß Vereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie durch die für die Tomosynthese verwendete Apparatur nicht erfüllt werden.

Im Rahmen des Mammographie-Screenings sind laut **Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** folgende Inhalte durchzuführen: Einladung (Paragraf 13), Information (Paragraf 14), Anamnese und Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (Paragraf 15), Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (Paragraf 16) und Abklärungsdiagnostik (Paragraf 17). Dabei werden die Screening-Mammographieaufnahmen von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Es wird eine Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Cranio-Caudal, Medio-lateral-oblique) durchgeführt. Anschließend erfolgt die Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen auf Veranlassung des programmverantwortlichen Arztes durch zwei Ärzte unabhängig voneinander. Hier erfolgt die Auswahl der kooperierenden Ärzte nach pflichtgemäßem Ermessen durch die Kassenärztliche Vereinigung. Dabei können ausschließlich die nach Abschnitt 1.7.3 EBM beinhalteten Gebührenordnungspositionen sowie nach Abschnitt 40.16 EBM enthaltenen Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screenings abgerechnet werden.

Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen

Auch eine Abrechnung über die GOP 34282 (Schichtaufnahme, je Strahlengang und Projektionsrichtung) ist nicht möglich.

Fazit

Die Erstellung einer Mammographie mittels Tomosynthese ist derzeit nicht zulasten der GKV abrechenbar. Um Prüfungen und Rückforderungen infolge einer unzulässigen Analogabrechnung zu vermeiden, möchten wir Ihnen dringend empfehlen, gesetzlich versicherten Patientinnen die Tomosynthese unter Beachtung der maßgeblichen Voraussetzungen als IGEL-Leistung anzubieten.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Franziska Klement unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 15
E-Mail Franziska.Klement@kvb.de

Die Kompressionstherapie umfasst Maßnahmen der äußeren, flächigen Druckapplikation bei Venenleiden, Lymphabflussstörungen und Verbrennungsnarben. Mittels flächigen Drucks soll der Ausbildung von Ödemen vorgebeugt und der venöse Rückfluss beziehungsweise Lymphabfluss unterstützt werden.

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 21. März 2018 lesen Sie Informationen zu den verschiedenen Anwendungsgebieten, für die Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen verordnet werden dürfen, außerdem zu Kompressionsklassen, Strumpfarten, Haltbarkeit und anderen Themen.

Unserer Erfahrung nach werden oft Anti-Thrombosestrümpfe mit Kompressionsstrümpfen verwechselt. Zur Thromboseprophylaxe bei bettlägerigen Patienten werden Anti-Thrombosestrümpfe verwendet. Für mobile Patienten sind sie wegen des niedrigen Drucks und der Strickweise nicht geeignet. Diese Strümpfe werden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bei liegenden und frisch operierten Patienten eingesetzt. Anti-Thrombosestrümpfe sind keine Kompressionsstrümpfe und daher nicht verordnungsfähig.

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

Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim

Das Bundessozialgericht hat in mehreren Entscheidungen dazu Stellung genommen, unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege grundsätzlich zur Ausstattung eines Pflegeheims zählen beziehungsweise eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht.

Die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel bei Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der Bewohnerklientel der stationären Pflegeeinrichtung, individuell zu prüfen.

In unserem „Verordnung Aktuell“ vom 12. März 2018 lesen Sie, wie Sie Hilfsmittel, die das Pflegeheim stellen muss, von Hilfsmitteln, die zulasten der GKV verordnet werden, unterscheiden können. Auch den sogenannten „Abgrenzungskatalog“ finden Sie dort als Verlinkung.

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

DMP-Feedbackberichte

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) hat die „Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern“ aus den DMP-Dokumentationen des zweiten Halbjahres 2017 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Anhand dieses Instruments erhalten alle koordinierenden Ärzte eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele.

Unter der Schaltfläche „Meine KVB“ auf www.kvb.de kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen. Klicken Sie dazu auf die Kachel „Unterlagen einsehen“. Von dort kommen Sie direkt in das Aktenarchivsystem der KVB (SmarAkt). Wählen Sie hier unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20172“ für das zweite Halbjahr 2017).

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55

E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter

Patientengespräche zielgerichtet führen

Patienten wünschen sich bei einem Arztbesuch Linderung und Heilung ihrer Beschwerden. Ihre Therapieerfolge werden nachweislich durch eine positive Kommunikation, der Fähigkeit zuzuhören und einer professionellen Gesprächsführungskompetenz verbessert. Eine empathische Kommunikation unterstützt den Aufbau von Vertrauen und gibt dem Patienten das gute Gefühl von Sicherheit und Kompetenz.

- Patientengespräche aufbauen und strukturieren
- Zielführende und wertschätzende Fragen stellen
- Wie können Patienten Untersuchungsergebnisse/Diagnosen adäquat und nachvollziehbar vermittelt werden?
- Wie geht man mit emotionalen Reaktionen um?
- Wie geht man mit bereits vorinformierten Patienten um?

Themenschwerpunkte

- Grundlagen der Kommunikation mit Patienten
- Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im Umgang mit Patienten

Referenten

externe Referenten

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Person

Seminardaten

15. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg/KVB
21. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Die Vereinbarkeit von Familie und Praxis stellt eine besondere Herausforderung dar. Die KVB unterstützt Sie hierbei durch besondere Regelungen, die die familiäre Situation berücksichtigen. Das Seminar zeigt Ihnen praktikable Lösungsmöglichkeiten auf.

Themenschwerpunkte

- 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

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenlos

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Ihre 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

Seminardaten

16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
6. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB
25. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
19. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg/KVB

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: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Einsteiger

Erste Basics für MFA: Orthopädische und Reha Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

DMP

DMP-Brustkrebs für koordinierende Ärzte

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fachseminare

Notfalltraining für das Praxisteam - Vormittag

Notfalltraining Praxisteam - Refresher

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

IT in der Praxis und Online-Angebote

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Mai 2018 17. Mai 2018 13. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Regensburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Mai 2018 18. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	23. Juni 2018	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	15. Juni 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	9. Juni 2018 13. Juni 2018	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	München Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. bis 9. Juni 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	16. Juni 2018 23. Juni 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. Juni 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	23. Juni 2018	13.30 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	16. Mai 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. Juni 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	20. Juni 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	9. Juni 2018	9.30 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Juni 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Juni 2018	15.00 bis 19.00 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**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxismanagement

Die rechte Hand des Chefs – Entlastung durch die Erstkraft

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Patientengespräche zielgerichtet führen

Team Ressource Management für das Praxisteam

Terminvereinbarung am Telefon

Update Führung für erfahrene Führungskräfte

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum Qualitätsmanagementbeauftragten nach QEP®

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Regionales Moderatorentreffen – Ethische Fragen in der Patientenversorgung

Regionales Moderatorentreffen – Resilienz im Praxisalltag

Selbstmanagement

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Verordnung

Einsteigerkurs Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Refresher-Kurs rund um die Verordnung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		16. Juni 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		6. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	9. Juni 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		23. Juni 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Mai 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	19. Juni 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Juni 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	9. Juni 2018	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Mai 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
	95,- Euro	20. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	220,- Euro	15. bis 16. Juni 2018	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Juni 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. Juni 2018	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. Juni 2018	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Mai 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
		6. Juni 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
		13. Juni 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Juni 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS 06|18

ABRECHNUNG

- 74 Die nächsten Zahlungstermine
- 74 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018
- 76 EBM – Änderungen zum 1. Juli und 1. Oktober 2018
- 79 Abrechnung von Schweregradzuschlägen
- 80 Erhöhung der Impfhonorare

VERORDNUNG

- 81 Unterstützungspflege in der häuslichen Krankenpflege

QUALITÄT

- 81 Aufbereitung von Medizinprodukten

ALLGEMEINES

- 81 „Gesund schwanger“ – Neue Krankenkasse dabei

SEMINARE

- 82 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 83 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 84 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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 2/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2018 bis spätestens **Dienstag, den**

10. Juli 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“ 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. Juli und 1. Oktober 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 417. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 54. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli und 1. Oktober 2018 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen.

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 (BMG).

Ab 1. Juli 2018: Labor-Diagnostik zur Antibiotikatherapie

Beschluss aus der 54. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die labordiagnostischen Untersuchungen wurden zur zielgerichteten und qualitätsgesicherten Verordnung von Antibiotika und Vermeidung von Resistenzen mit Wirkung zum 1. Juli 2018 an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Damit sich die Kosten für mikrobiologische Tests nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken, wird eine neue Ausnahme-Kennnummer 32004 in den EBM aufgenommen.

Neue Gebührenordnungspositionen

- für die Bestimmung des Biomarkers Procalcitonin zur Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und viralen Infektion der Atemwege (**Gebührenordnungsposition 32459**)
- für die MALDI-TOF-Massenspektrometrie zur schnelleren Differenzierung von in Reinkultur ge-

züchteten Bakterien (**Gebührenordnungsposition 32759**) und gezüchteten Pilzen (**Gebührenordnungsposition 32692**)

- für die Empfindlichkeitsprüfungen (**Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773**). Sie ersetzen die bisherigen Gebührenordnungspositionen 32766 und 32767, um die antimikrobielle Resistenztestung differenziert nach Bakteriengruppe abzubilden und deren Durchführung sowie Interpretation entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Vorgaben standardisiert festzulegen.
- als Zuschläge zu den oben genannten Empfindlichkeitsprüfungen für die phänotypische Bestätigung einer Multiresistenz für grampositive und gramnegative Bakterien (**Gebührenordnungspositionen 32774 und 32775**)

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.

- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin müssen für die Abrechnung der neuen Leistungen bei bestehender Laborgenehmigung für den Abschnitt 32.3 EBM keinen gesonderten Antrag stellen.
- Alle übrigen Fachärzte mit einer Speziallabor-Genehmigung müssen die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen gesondert beantragen.

Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/*

L/Genehmigungsantrag Laboratoriumsuntersuchungen. Zur Erteilung der Genehmigung müssen die Vertragsärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin) grundsätzlich erfolgreich an einem Kolloquium teilnehmen.

GOP	Beschreibung	Bewertung	Abrechnungshinweise
32459	Procalcitonin (PCT)	9,60 Euro	■ je Untersuchung
32692	Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit)	6,59 Euro	■ je Art ■ bei derselben Pilzart in derselben Sitzung nicht neben GOP 32688 (Morphologische Differenzierung) berechnungsfähig ■ bei derselben Hefeart in derselben Sitzung nicht neben GOP 32689 (Biochemische Differenzierung) berechnungsfähig
32759	Differenzierung von in Reinkultur gezüchteter Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit)	6,59 Euro	■ je Bakterienart ■ bei derselben Bakterienart in derselben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 (Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien) berechnungsfähig
32772	Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten gramnegativen Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie mindestens drei für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen	6,93 Euro	■ je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe ■ Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro. ■ Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.
32773	Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten grampositiven Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie der für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen		
32774/ 32775	Zuschlag nach GOP 32774 zur GOP 32772 beziehungsweise Zuschlag nach der GOP 32775 zur GOP 32773 bei gramnegativen Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en)	8,50 Euro	■ je Bakterienart und Resistenzmechanismus

Neue Ausnahme-Kennnummer 32004 für Diagnostik der Antibiotikatherapie

Bei der Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach GOP 32001 werden die der neuen Ausnahme-Kennnummer 32004 zugeordneten Gebührenordnungspositionen nicht auf die Laborkosten der Praxis angerechnet, siehe Tabelle 1.

Gestrichene Gebührenordnungspositionen/Weitere Änderungen

- Im Zuge der Neufassung der Empfindlichkeitsprüfungen nach den Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773 (siehe oben) werden die bisherigen Gebührenordnungspositionen 32766 und 32767 gestrichen. Diese können somit ab dem 1. Juli 2018 nicht mehr abgerechnet werden.
- Der mikrobiologische Nachweis angeborener Enzymdefekte nach der Gebührenordnungsposition 32708 ist veraltet. Die Leistung wird daher zum 1. Juli 2018 aus dem EBM gestrichen und kann

ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden. Für die Erfassung von angeborenen Stoffwechseldefekten stehen sensitive und spezifischere enzymatische und chromatographisch-massenspektrometrische Verfahren im EBM zur Verfügung.

- Wegen sich überschneidender Leistungsinhalte wird die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32151 (kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung) neben der Gebührenordnungsposition 32720 (kulturelle Urinuntersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien) am selben Behandlungstag zukünftig ausgeschlossen.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 32459, 32774 und 32775 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die

Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Ab 1. Oktober 2018: Verordnung medizinischer Vorsorge

Beschluss aus der 417. Sitzung des Bewertungsausschusses

Für die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter nach Paragraph 24 SGB V werden zum 1. Oktober 2018 neue, vereinheitlichte Vordrucke (Muster 64 und 65) eingeführt. Zudem erhalten Vertragsärzte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 417. Sitzung ab 1. Oktober 2018 eine Vergütung für die Verordnung.

Für die Verordnung medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter steht künftig allen Vertragsärzten bundesweit das gleiche Formular 64 zur Verfügung. Für die Vergütung des Ausstellens des Formulars wird die Gebührenordnungs-

Indikation	Kennnummer	GOP	Beschreibung
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151	kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung
		32459	Procalcitonin
		32720 bis 32727	kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien
		32750	Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels Antiseren
		32759	Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie
		32760 bis 32763	Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien
		32772/32773	Empfindlichkeitsprüfungen
		32274/32275	phänotypische Bestätigung einer Multiresistenz

Tabelle 1

Abrechnung von Schweregradzuschlägen

position 01624 neu in Abschnitt 1.6 (Schriftliche Mitteilungen, Gutachten) des EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01624 – Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß Paragraf 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64

EBM Bewertung: 210 Punkte
Preis B€GO: 22,37 Euro

- Berechnungsfähig von allen Vertragsärzten mit Ausnahme von Ärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Transfusionsmedizin, Pathologie/Neuropathologie und Radiologische Diagnostik. Auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nicht verordnen.

Im Zusammenhang mit der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter wird zum 1. Oktober 2018 ein weiterer Vordruck Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“ eingeführt. Es wird benötigt, wenn bei einer Vorsorgeleistung eines Elternteils auch das Kind mitbehandelt werden muss. Müssen mehrere Kinder mitbehandelt werden, wird pro Kind ein Attest benötigt. Das neue Formular kann auch verwendet werden, wenn Müttern und Vätern eine medizinische Rehabilitation verordnet wird.

Für das Ausstellen des Musters 65 ist die Gebührenordnungsposition 01622 (83 Punkte, 8,84 Euro) berechnungsfähig. Deren Leistungslende wird hierfür entsprechend ergänzt.

Vertragsärzte können die neuen Formulare ab dem dritten Quartal 2018 erstmals über ihre reguläre Formularbestellung erhalten. Die Formulare werden ab 1. Oktober 2018 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Anhang 3 EBM

Die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM werden wegen der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 01624 angepasst. Diese wird 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

Die Abrechnung der Schweregradzuschläge für Patienten mit erhöhtem Behandlungsaufwand im Notfall- und Bereitschaftsdienst ist entsprechend der Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) nur möglich, wenn nachfolgende Voraussetzungen erfüllt sind. Bitte beachten Sie, dass Sie die notwendigen ICD-Codierungen sowie Begründungen mit Ihrer Quartalsabrechnung übermitteln, um nachgelagerte Honorarverluste zu vermeiden.

GOP 01223 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 (wochen-tags, 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr) und GOP 01224 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 (19.00 bis 7.00 Uhr und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen und 24./31. Dezember)

Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen fest definierter schwerwiegender Behandlungsdiagnosen. Voraussetzung ist die Angabe mindestens einer gesicherten Behandlungsdiagnose (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
- Akute Divertikulitis

In Ausnahmefällen können die Gebührenordnungspositionen bei Angabe einer ausführlichen, schrift-

Erhöhung der Impfhonorare

lichen, medizinischen Begründung auch für andere schwere und komplexe Behandlungsdiagnosen abgerechnet werden (Feldkennung 5009).

GOP 01226 – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 (19.00 bis 7.00 Uhr und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen und 24./31. Dezember)

Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern (= bis zum vollendeten dritten Lebensjahr)

oder

- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom

mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung.

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

Mit Wirkung zum 1. April 2018 haben die Krankenkassen in Bayern und die KVB eine neue Impfvereinbarung verabschiedet. Diese regelt, welche Impfungen in Bayern zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und wie diese vergütet werden können und der Impfstoff bezogen werden kann.

Dabei konnte eine Anpassung der Impfhonorare erreicht werden, siehe Tabelle 2.

Eine Auflistung der einzelnen Impfnummern mit den seit dem 1. April 2018 gültigen Honoraren sowie die aktuelle Impfvereinbarung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

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

	Vergütung der Impfnummern bis 31. März 2018	Vergütung der Impfnummern ab 1. April 2018
Einfachimpfungen	3,00 Euro	3,00 Euro
	7,67 Euro	8,00 Euro
Mehrfachimpfungen	15,34 Euro	15,50 Euro
	21,47 Euro	21,75 Euro

Tabelle 2

Unterstützungspflege in der häuslichen Krankenpflege

Im letzten Jahr haben wir Sie über die Möglichkeit und die Voraussetzungen der Verordnung von Unterstützungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege informiert. Zu diesem Zeitpunkt waren die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch in vollem Gange. Unabhängig davon war die Unterstützungspflege schon Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nun liegt ein Beschluss des G-BA zur Änderung der Richtlinie vor, über den wir Sie in unserem „Verordnung Aktuell“ vom 26. April 2018 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

Aufbereitung von Medizinprodukten

Beim Thema „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis“ sind viele Anforderungen zu erfüllen. Wir haben Ihnen deshalb wichtige Informationen zur Aufbereitung und Flächenreinigung übersichtlich zusammengestellt. Auf unserer Internetseite finden Sie einen Überblick zu folgenden Schwerpunkten:

- Kauf eines Sterilisators
- Routineprüfungen rund um die Reinigung von Medizinprodukten
- Validierungsprozesse in der Aufbereitung von Medizinprodukten
- Chemoindikatoren und Prüfkörper
- Reinigung von Flächen in der Arztpraxis

Sie finden hierzu die entsprechenden Merkblätter zum Herunterladen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Hygiene und Medizinprodukte*.

Bei Fragen zu Hygiene und Medizinprodukten erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 19
 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

„Gesund schwanger“ – Neue Krankenkasse dabei

Ab 1. Juli 2018 wird die BKK Deutsche Bank AG an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teilnehmen. Aktuell sind daran bereits folgende Krankenkassen beteiligt:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die Bergische Krankenkasse
- Salus BKK
- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse

Aktuelles zur Vereinbarung „Gesund schwanger“ und den daran teilnehmenden Krankenkassen sowie alle Informationen und Formulare zum Herunterladen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „G“*.

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

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Ausbildung zum Qualitätsmanagement-Beauftragten nach QEP®

Im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Praxisleitung sind Sie maßgeblich für die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagement-Systems verantwortlich. Um diese anspruchsvolle Aufgabe bewältigen zu können, benötigen Sie spezielles Wissen im Bereich Qualitätsmanagement (QM). Die Schwerpunkte des Seminars liegen deshalb auf einer praxisnahen Anleitung. Die Ausbildung zur Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) ist ein unabhängiges, eigenständiges und in sich abgeschlossenes zweitägiges Seminar. Das Seminar wird mit einer Lernzielkontrolle abgeschlossen.

Voraussetzungen

Die Teilnehmer an der Ausbildung für QEP® benötigen QM-spezifische Vorkenntnisse aus einem QEP®-Einführungsseminar oder Vergleichbares und müssen im Besitz des QEP®-Manuals sein.

Bitte bringen Sie zum Seminar das QEP®-Manual für die Gruppenarbeit mit.

Hinweis: Dieses Seminar ist für Praxismitarbeiter geeignet, die maßgeblich für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in der Praxis verantwortlich sind.

Themenschwerpunkte

- Aufgaben einer/eines QM-Beauftragten
- QM-Dimensionen nach Donabedian
- PDCA-Zyklus
- Inhalte von QEP®
- Erarbeitung eines individuellen QM-Systemaufbaus für eine Praxis anhand von QEP®
- QM-Handbuch
- Darstellung von Prozessen
- QM-Kommunikation und Motivation innerhalb der Praxis
- QM-Messverfahren/Datenanalyse/KVP
- Vorbereitung der Zertifizierung
- Selbstbewertung beziehungsweise Auditierung
- Planung eines QM-Projekts in der Praxis

Seminardaten

15. bis 16. Juni 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
	9.00 bis 17.00 Uhr	
6. bis 7. Juli 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
	9.00 bis 17.00 Uhr	

Referenten

Externer Referent

Teilnahmegebühr

220,- Euro pro Teilnehmer

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ

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

Durch den sinnvollen Einsatz dieser neuen Optionen können Sie Ihre Praxistätigkeit individuell gestalten und den Wert Ihrer Praxis optimieren. Enthusiasmus und gute Ideen sind zwar die Grundvoraussetzung für Kooperationen von Ärzten und Psychotherapeuten, jedoch müssen ein umfassendes Wissen und eine stringente Planung dazu kommen. Ansonsten fehlen das Know-how, die Zeit und die Instrumente zum Aufbau und zur Führung kooperativer

Strukturen. Um die Chancen einer Kooperation nutzen und die Risiken minimieren zu können, benötigen Sie deshalb professionelle Unterstützung aus verschiedenen Fachgebieten.

In diesem Seminar werden die genannten Fragestellungen aus vertragsarztrechtlicher, zivil- und gesellschaftsrechtlicher, steuerrechtlicher sowie betriebswirtschaftlicher Sicht beleuchtet.

Um Ihr Vorhaben bestmöglich zu unterstützen und Ihren Ideen und Fragestellungen Rechnung tragen zu können, senden wir Ihnen im Vorfeld der Veranstaltung einen Fragebogen zu.

Themenschwerpunkte

In diesem Intensivseminar wenden wir uns explizit den beiden Kooperationsformen Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zu:

- Was unterscheidet die beiden?
- Wann ist welche Kooperationsform sinnvoll?
- Welche Vor- und Nachteile bergen MVZ und BAG?
- Wie gehen Sie jeweils vor?

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten		
7. Juli 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
26. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing/KVB
6. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
24. Oktober 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB

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

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: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Operative und belegärztliche Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

DMP

Berufseinstieg als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt

DMP-Brustkrebs für koordinierende Ärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-KHK für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fachseminare

Hautkrebsscreening

Notfalltraining für das Praxisteam

Notfalltraining Praxisteam – Refresher

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2018 27. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg Straubing
DMP-Ärzte	45,- Euro	11. Juli 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	23. Juni 2018	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	7. Juli 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	7. Juli 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Juli und 21. Juli 2018 29. Juni und 30. Juni 2018	9.00 bis 16.00 Uhr 9.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München Nürnberg
Praxismitarbeiter	100,- Euro	23. Juni 2018 30. Juni 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	14. Juli 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Juli 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	7. Juli 2018	13.30 bis 16.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	11. Juli 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Poolärzte	kostenfrei	4. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Existenzgründer	kostenfrei	14. Juli 2018	10.00 bis 16.00 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**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxismanagement

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Personalgespräche effektiv führen

Start-Up ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Telefontraining für die Praxis

Terminorganisation in der Praxis

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum QMB nach QEP®

Einführung in den Arbeitsschutz

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Du gehst mir auf den Geist – Umgang mit schwierigen Menschen

Grenzen setzen – Grenzen achten

Verordnung

Einsteigerkurs Verordnung

Verordnungen I – Arzneimittel

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	4. Juli 2018 11. Juli 2018	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Juli 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. Juni 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juni 2018 11. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	220,- Euro 220,- Euro	7. Juli 2018 6. bis 7. Juli 2018	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	13. bis 14. Juli 2018	15.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Juli 2018 6. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. Juni 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. Juni 2018 2. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr 10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Juli 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth

KVBBINFOS

07 | 18
08 | 18

ABRECHNUNG

- 90 Die nächsten Zahlungstermine
- 90 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018
- 92 Kodierung von Anästhesieleistungen
- 93 Bald GKV-Leistung: TmLEP und PVP für die Behandlung des benignen Prostatasyndroms
- 93 Hygienezuschläge ambulantes Operieren
- 94 Asylvertrag 2017 – Wichtige Abrechnungshinweise

VERORDNUNG

- 96 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 97 Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren
- 97 Muster 56 und 61: Änderungen

QUALITÄT

- 98 DMP: Internetseite zur Qualitätssicherung
- 98 Diabetisches Fußsyndrom: DMP-Feedbackberichte
- 99 DMP: Neue Teilnahme-/ Einwilligungserklärungen

IT IN DER PRAXIS

- 99 DMP-Dokumentationen: Änderungen ab 1. Juli 2018

ALLGEMEINES

- 100 Anpassungen im Formularbereich
- 101 Formulare: Anpassungen bei Muster 9
- 101 Angestellte Ärzte in einer BAG

SEMINARE

- 102 Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter
- 103 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 104 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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 2/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2018 bis spätestens **Dienstag, den**

10. Juli 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 (Kassennummern 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“ 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
Yorkstraße 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

Kodierung von Anästhesieleistungen

Kodierung von Leistungen aus dem Paragraf 115b-Katalog

Ambulante Leistungen, die im Zusammenhang mit einer im Indikationskatalog des AOP-Vertrags nach Paragraf 115b SGB V genannten Operation erbracht werden, sollten in der Abrechnung in der Feldkennung (FK) 5035 mit dem entsprechenden Operationsschlüssel (OPS) gekennzeichnet werden. Dies hat zur Folge, dass die jeweilige Leistung als sogenannte „freie Leistung“ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und somit zu 100 Prozent vergütet wird. Diese Regelung gilt für alle Fachgruppen.

Grundsätzlich ist bei jeder Gebührenordnungsposition (GOP) in der FK 5035 der korrekte OPS einzutragen. Nur so ist auch eine korrekte Zuordnung gewährleistet. Ausgenommen hiervon sind allerdings anästhesiologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM. Hier ist die einmalige Angabe des OPS in der Feldkennung 5035 EBM im **Behandlungsfall** ausreichend. Bitte beachten Sie Folgendes: Wenn es sich um einen Eingriff gemäß dem Indikationskatalog nach Paragraf 115b SGB V handelt und eine Anästhesie/Narkose nach Kapitel 31 EBM abgerechnet wird, ist die Angabe des OPS in der FK 5035 entweder bei der anästhesiologischen GOP und/oder bei der postoperativen GOP zwingend notwendig. Nur so ist gewährleistet, dass alle Leistungen (also auch die Grundpauschale und die präanästhesiologische Untersuchung) als freie Leistungen vergütet werden.

Durch die korrekte Kennzeichnung mittels des OPS tragen Sie auch

dazu bei, dass das Budget (sogenannter „Topf-in-Topf“), das im Jahr 2010 für bestimmte anästhesiologische Leistungen (GOP 05340, 05341, 05330, 05310 und 05350) gebildet wurde, geschont wird. Die Topf-in-Topf-Leistungen können dadurch mit einer höheren Auszahlungsquote vergütet werden.

Kodierung von Anästhesieleistungen in Verbindung mit zahnärztlichen beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischen Eingriffen

Anästhesiologische Leistungen, die in Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie erbracht werden (wenn die Abrechnung der Operation nicht vertragsärztlich, sondern vertragszahnärztlich erfolgt), werden ebenfalls als freie Leistung vergütet und fließen also nicht in den Honorartopf der Anästhesisten ein. Hierunter fallen die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM. Die Leistungen sind mit dem Buchstaben „Z“ zu kennzeichnen (beispielhaft 05330Z).

Zusätzlich kann seit 1. Juli 2015 bei Anästhesieleistungen bei zahnmedizinischer beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischer Versorgung bei Versicherten mit **mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie** unter Angabe eines entsprechenden ICD-Codes sowie bei **Kindern mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres** die Zuschlagsziffer 97190 (Vergü-

tungshöhe maximal 20,- Euro) abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Regelung **nicht** für endoskopische Untersuchungen gilt!

Unabhängig davon sind die entsprechenden Voraussetzungen der Präambel 5.1 Punkt 8 und 10 bei der Abrechnung zu beachten. Diese umfangreiche Thematik haben wir bereits in den KVB INFOS 10/2015 dargestellt.

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

Bald GKV-Leistung: TmLEP und PVP für die Behandlung des benignen Prostatasyndroms

Zukünftig können mit der Thulium-Laserenukleation (TmLEP) und der photoselektiven Vaporisation (PVP) zwei weitere Laserverfahren alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata und zu den bereits verfügbaren Laserverfahren Holmium-Laserenukleation, Holmium-Laserresektion und Thulium-Laserresektion zur Behandlung des obstruktiven benignen Prostatasyndroms eingesetzt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15. Februar 2018 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Die Beschlüsse traten am 12. Mai 2018 in Kraft.

Die Thulium-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation 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 im Hinblick auf die zwei neuen Verfahren noch angepasst wird.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Thulium-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation können 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(en) in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren.

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.

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

Hygienezuschläge ambulantes Operieren

In unserem Rundschreiben vom 30. Mai 2018 zum Ergebnis der Honorarverhandlungen 2018 haben wir Sie unter anderem über die ab 1. April 2018 neu eingeführte Förderung ambulanter Operationen nach Kapitel 31.2 EBM aufgrund von Hygieneanforderungen informiert. Uns haben vermehrt Nachfragen erreicht, ob es sich dabei um Zuschläge für die Operationsleistung oder für Hygieneaufwendungen handelt.

Die Zuschläge wurden vereinbart, um den Aufwand für die gestiegenen Anforderungen an die Aufbereitung von OP-Materialien aufgrund von gesetzlichen Hygienevorgaben finanziell zu unterstützen. Insofern handelt es sich hierbei nicht um Zuschläge für die Operationsleistung, sondern für die Hygienemaßnahmen.

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

Asylvertrag 2017 – Wichtige Abrechnungshinweise

Zum 1. April 2017 ist der neue Asylvertrag 2017 („Vereinbarung zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für Asylbewerber“) in Bayern in Kraft getreten. Mit diesem Vertrag übernimmt die KVB die Abrechnung der von Ihnen für Asylpatienten erbrachten Leistungen. Gäbe es den Vertrag nicht, müssten Sie eventuelle Leistungen direkt mit dem für den Asylbewerber zuständigen Amt selbst abstimmen und abrechnen.

Hierüber und über die wichtigsten Neuerungen, die der Asylvertrag mit sich gebracht hat, hatten wir Sie bereits mit Rundschreiben vom 28. März 2017 informiert. Das Schreiben und die dazu gehörige **Infomappe** sowie weitere Informationen zur Behandlung von Asylbewerbern finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger/Behandlung von Asylbewerbern*.

Zwischenzeitlich haben wir die ersten Abrechnungen für die Quartale 2/2017 bis 1/2018 überprüft. Leider läuft das Verfahren sowohl auf Kostenträgerseite als auch in den Praxen noch nicht rund.

Wir haben die im Folgenden dargestellten Punkte identifiziert, die in der Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern Probleme bereiten und eine zügige und korrekte Durchführung der Abrechnung und eventuell sogar eine Vergütung der von Ihnen erbrachten Leistungen verhindern.

Da die Kostenträger mit Abschluss dieses neuen Vertrags die Verwaltungskosten für die Abrechnung bezahlen, erhalten Sie die Vergütung für Asylpatienten in Bayern voll

(also zu 100 Prozent) ausbezahlt, das heißt, es werden hier keine Verwaltungskosten mehr abgezogen. Auch aus diesem Grunde bitten wir Sie, besonders auf die nachfolgend dargestellten Punkte zu achten, auch um eventuelle Kostenträgeranträge zu vermeiden.

Bitte beachten Sie bei der künftigen Behandlung von Asylbewerbern beziehungsweise bei der dazu gehörigen Abrechnung Folgendes:

- **Vorherige Vorlage eines Behandlungsscheins**
Sofern es sich nicht um einen Notfall handelt, **muss** der Patient vor der Behandlung einen Behandlungsschein vorlegen.

Wenn ein Patient keinen Behandlungsschein vorlegt und es sich nicht um einen Notfall (Behandlung in Notfällen siehe unten) handelt, müssen Sie den Patienten bitte auffordern, sich einen Behandlungsschein beim zuständigen Amt zu besorgen. Behandeln Sie den Patienten, ohne dass zuvor ein Behandlungsschein vorgelegt wurde, ist der zuständige Kostenträger berechtigt, die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins und die Bezahlung der Behandlung zu verweigern, sodass wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren müssen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Behandlung selbst tragen.

- **Behandlung in Notfällen**
In Notfällen kann die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins ausnahmsweise angefordert werden, sofern die Behandlung aus medizinischen/

therapeutischen Gründen unaufschiebbar war, der Sozialhilfeträger nicht rechtzeitig eingeschaltet werden konnte und Ihre Praxis **innerhalb von zwei Wochen nach der Eilbehandlung eine schriftliche Mitteilung** hierüber an den zuständigen Sozialhilfeträger übermittelt hat. Ein Blankoformular „Ärztliche Anzeige“ finden Sie als Kopiervorlage auf unserer oben genannten Internetseite unter dem Stichpunkt „Abrechnungsbesonderheiten“.

Unterbleibt die schriftliche Mitteilung Ihrer Praxis an den zuständigen Kostenträger innerhalb der Zwei-Wochen-Frist, so ist der zuständige Kostenträger auch hier berechtigt, die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins und die Bezahlung der Behandlung zu verweigern, sodass wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren müssen.

- **Zeitliche und örtliche Beschränkungen**
Bitte achten Sie immer darauf, ob der Behandlungsschein zum Zeitpunkt der Behandlung (noch) gültig ist und ob gegebenenfalls nur Ärzte in einem bestimmten Landkreis oder einer bestimmten Stadt in Anspruch genommen werden dürfen, das heißt, ob Sie den Asylpatienten (Ausnahme Notfälle) überhaupt behandeln dürfen.

Werden derartige Vorgaben des Kostenträgers nicht beachtet, so ist dieser auch hier berechtigt, die Bezahlung der Behandlung zu verweigern. Auch in diesem Fall müssen wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren.

■ **Eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung**

Nach Paragraph 4 AsylbLG haben Asylpatienten im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Näheres hierzu finden Sie auch unter „Wichtige Hinweise für den Arzt“ auf dem Behandlungsschein.

■ **Im Überweisungsfall immer Übermittlung einer Kopie des Behandlungsscheins erforderlich**

Eine Überweisung zum Facharzt kann jetzt auch ohne erneute Anforderung eines Behandlungsscheins vorgenommen beziehungsweise vom Überweisungsempfänger akzeptiert werden. Es ist jedoch wichtig, dass zusammen mit dem Überweisungsschein eine Kopie des Behandlungsscheins an den Überweisungsempfänger übermittelt wird, damit dieser informiert ist, dass es sich um einen Asylpatienten mit den entsprechenden Daten und gegebenenfalls auch zeitlichen und örtlichen Beschränkungen handelt.

■ **Vollständige und korrekte Übernahme von Daten in das PVS**

Alle auf dem Behandlungsschein grau hinterlegten Felder, die mit „*“ gekennzeichnet sind, müssen Sie – wie vom Kostenträger vorgegeben – in den Datensatz Ihres PVS übernehmen. Dies gilt insbesondere für die „VKNR“, die „Kostenträgeruntergruppe“, die „Versichertennummer“ und den Gültigkeitszeitraum.

Bitte achten Sie hier besonders darauf, dass Sie **nicht pauschal die bereits in Ihrem PVS ge-**

speicherten Daten übernehmen.

Die Daten auf dem aktuellen Behandlungsschein können sich aus vielerlei Gründen von den Daten bereits gespeicherter Fälle aus vorangegangenen Quartalen unterscheiden.

In manchen Fällen hat die Überprüfung auch ergeben, dass die Qualität der vom Amt ausgefüllten Scheine nicht in Ordnung war. Hier sind wir auf die Ämter zugegangen, um zukünftig auch von dieser Seite den Ablauf der Abrechnung zu optimieren.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der G-BA hat weitere Ergänzungen der AM-RL beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zur Anlage VI, Off-Label-Use:

- Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)
- Rituximab beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel A - Z/Buchstabe „O“/Off-Label-Use*.

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 1. Quartal 2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Atezolizumab – neue Anwendungsgebiete: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Urothelkarzinom
- Avelumab
- Brodalumab
- Cabozantinib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Carfilzomib – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der „50-Millionen-Euro-Grenze“
- Ceritinib – neues Anwendungsgebiet: Erstlinienbehandlung, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom
- Daratumumab – neues Anwendungsgebiet; Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der „50-Millionen-Euro-Grenze“
- Darunavir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid
- Dimethylfumarat – neues Anwendungsgebiet: Plaque-Psoriasis
- Elosulfase alfa – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse

- Glecaprevir/Pibrentasvir
- Idecabon – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Inotuzumab Ozogamicin
- Ledipasvir/Sofosbuvir – neues Anwendungsgebiet: Chronische Hepatitis C bei Jugendlichen
- Pembrolizumab – neues Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom
- Ribociclib
- Sarilumab
- Saxagliptin/Metformin – neues Anwendungsgebiet: in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin und Sulfonylharnstoff)
- Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren

Bisher war nicht eindeutig geregelt, ob Formulare mit Vorder- und Rückseite auch bei der Blankoformularbedruckung beidseitig bedruckt werden dürfen („Duplexverfahren“).

Nun haben sich die Bundesmantelvertragspartner auf eine Klarstellung verständigt. Dazu wurde in Anlage 2a des Bundesmantelvertrags festgelegt, dass für folgende Formulare die Duplexbedruckung genutzt werden darf:

- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Physikalische/Podologische Therapie)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Ergotherapie/Ernährungstherapie)
- Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Diese Regelung gilt ab dem 1. Juli 2018.

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

Änderungen

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde zum 1. Januar 2018 das SGB IX neu gefasst.

Auf Muster 56, der ärztlichen Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining, werden zum 1. Juli 2018 die Verweise auf die Rechtsgrundlagen angepasst. Wichtig für die Praxis ist, dass für die geänderten Muster keine Stichtagsregelung vereinbart wurde. Die aktuell gültigen Muster dürfen weiter genutzt und aufgebraucht werden.

In den Vordruckerläuterungen zu Muster 61, der Verordnung von medizinischer Rehabilitation, wird zukünftig darauf verwiesen, dass der Vertragsarzt andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe benennen kann, wenn beim Patienten Anhaltspunkte erkennbar 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

DMP: Internetseite zur Qualitätssicherung

Seit Mitte Juni 2018 präsentieren sich die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern beziehungsweise DMP Brustkrebs Bayern (GE) mit einem aktualisierten Internet-Auftritt. Unter www.ge-dmp-bayern.de finden Sie Informationen rund um die Qualitätssicherung der Disease Management Programme (DMP) wie beispielsweise zu den DMP-Feedbackberichten und DMP-Qualitätsberichten.

Der aktuelle DMP-Qualitätsbericht steht Ihnen dabei seit Neuestem als attraktive Kurzversion zur Verfügung. Diese Kurzversion bietet Ihnen einen schnellen und mobilen Überblick zum DMP in Bayern, aber auch zu Schwerpunktthemen wie der Strukturqualität im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Diabetisches Fußsyndrom: DMP-Feedbackberichte

Die Disease Management Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 wurden zum 1. Juli 2017 aktualisiert. Die Anpassung der Dokumentation und die im Vertrag definierten Qualitätsziele dienen dazu, den Fokus verstärkt auf die Vorbeugung und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms zu richten. Die Vermeidung von diabetesbedingten Amputationen zählt zu den wichtigsten Zielen des DMP. Eine Analyse der Amputationsrate auf Ebene der bayerischen Kreise ist im aktuellen DMP-Qualitätsbericht unter www.ge-dmp-bayern.de zu finden.

Wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung einer Amputation ist die regelmäßige Fußinspektion und die Einleitung einer frühzeitigen Therapie. So ist bei allen Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 eine vollständige Fußinspektion mindestens jährlich durchzuführen. Diese beinhaltet folgende Aspekte, die in der DMP-Dokumentation zu erfassen sind:

- Sensibilität des Fußes
- Peripherer Pulsstatus
- Vorhandensein eines Ulkus
- Vorhandensein einer Wundinfektion
- Feststellung, ob ein weiteres Risiko für Ulkus besteht

Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurden drei weitere Qualitätsziele aufgenommen, die Patienten mit auffälligem Befund betreffen (siehe: aktueller Muster-Feedbackbericht unter www.ge-dmp-bayern.de). Damit soll die Behandlungsplanung dieser besonderen Risikogruppe unterstützt werden.

Die neuen Qualitätsziele basieren auf der seit dem 1. Juli 2017 gültigen Version der DMP-Dokumentation.

Es können insbesondere nur Fußinspektionen berücksichtigt werden, die nach diesem Datum dokumentiert wurden. Da für die Beobachtung der Fußinspektion ein Zeitraum von einem Jahr erforderlich ist, ist das entsprechende Qualitätsziel erst ab dem ersten Halbjahr 2018 korrekt auswertbar. Im Feedbackbericht für das zweite Halbjahr 2017 wurden somit Patienten mit Fußinspektion im ersten Halbjahr 2017 mit „nicht durchgeführt“ ausgewiesen. Wir bedauern diese fehlerhafte Darstellung, die selbstverständlich keine negativen Konsequenzen für die betroffenen Praxen hat.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

DMP: Neue Teilnahme-/ Einwilligungserklärungen

Aufgrund der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) mussten die DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) angepasst werden. Den am DMP teilnehmenden Praxen werden die neuen Teilnahmeerklärungen von der Firma Kohlhammer automatisch zugesandt.

Ab dem 1. Juli 2018 sind die neuen TE/EWE verpflichtend anzuwenden und alte Vordrucke müssen vernichtet werden. Die von Patienten bislang unterschriebenen Erklärungen behalten ihre Gültigkeit.

Patienten, die neu ins DMP eingeschrieben werden, bekommen mit dem Begrüßungsschreiben ihrer Krankenkasse ergänzende Informationen zu den aktuellen Datenschutzrechten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 12 99
 E-Mail info-dmp@kvb.de

DMP-Dokumentationen: Änderungen ab 1. Juli 2018

Aufgrund der Aktualisierung der Bedruckungsvorschriften im Personalfeld wurden zum 1. Juli 2018 auch die DMP-Dokumentationen angepasst. Betroffen sind die Fragen „DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte“ und „Besondere Personengruppe“ in den Patientenstammdaten. Analog zu den geänderten Bedruckungsvorschriften enthalten die geänderten Antwortmöglichkeiten jetzt eine führende Null. Beispielsweise lautet bei der Frage „DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte“ die Antwortmöglichkeit für die Teilnahme am DMP KHK jetzt „03 = KHK“. Bisher lautete die Antwortmöglichkeit „3 = KHK“. Außerdem müssen bei beiden Fragen seit 1. Juli 2018 verpflichtend Angaben gemacht werden. Patienten, die keine DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte haben oder keiner besonderen Personengruppe angehören, werden mit „00 = keine Angabe“ dokumentiert.

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

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 – 6 12 99
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Anpassungen im Formularbereich

Änderung der Formularbedruckung – Personalienfeld

Bitte beachten Sie, dass sich ab dem 1. Juli 2018 Änderungen bei der Bedruckung aller Formulare mit Personalienfeld ergeben. Auf die Anpassung der Bedruckungsvorschriften haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags für Ärzte geeinigt.

Die Statusfelder zur „Besonderen Personengruppe“ und „DMP-Kennzeichen“ werden künftig zweistellig anstatt einstellig geführt. Dabei werden Leerzeichen durch „0“ ersetzt. Das heißt, dass beispielsweise bei keiner Teilnahme an einem DMP die Stelle mit „00“ und bei einem Fall „Sozialversicherungsabkommen, pauschal“ mit „08“ bedruckt wird. Ziel der Änderung ist es, Fehlern beim automatischen Einlesen der Formulare vorzubeugen.

Die Umstellung der Bedruckung muss bis spätestens 30. September 2018 erfolgen.

Einführung des neuen Verordnungsformulars zur medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter (Muster 64) und das Ärztliche Attest Kind (Muster 65)

Für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter zulasten der Krankenkassen steht Ihnen ab 1. Oktober 2018 ein neues Formular zur Verfügung. Da nun für alle GKV-Patienten das gleiche Formular genutzt wird, vereinfacht dies das bisherige Verfahren. Das Formular kann auch per Praxisverwaltungssoftware (PVS) oder per Blankoformularbedruckung (BFB) ausgestellt werden. Eine Verordnung

durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich.

Abgrenzung von Leistungen der Vorsorge zur Rehabilitation

Die medizinische Vorsorge soll dem Entstehen sowie dem Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung entgegenwirken. Bei der klassischen Reha geht es im weitesten Sinne um die „Wiederherstellung“ der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Patienten. Für die Verordnung der Vorsorgeleistung müssen im Gegensatz zur Reha auch keine längerfristigen Aktivitätsbeeinträchtigungen bei der Mutter oder dem Vater vorliegen (über sechs Monate).

Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, den spezifischen Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung entgegenzuwirken. Dies erfolgt im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen.

Abrechnung der Muster 64 und 65 – Änderung des EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 417. Sitzung beschlossen, dass mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 folgende Änderungen in Kraft treten:

- Für die Erstellung des Musters 64 wird die GOP 01624 in den Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Die GOP ist mit 210 Punkten bewertet.
- Für die Erstellung des Musters 65 kann künftig die GOP 01622 EBM abgerechnet werden. Die Bewertung dieser GOP mit 83

Punkten hat sich nicht verändert.

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

Bei Fragen zur Verordnung 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

Formulare: Anpassungen bei Muster 9

Neugestaltung der bisherigen Ärztlichen Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten nunmehr als Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes (Muster 9) zum 1. Juli 2018

Wir möchten Sie auf die Änderung bei Muster 9 hinweisen: Die Schutzfrist nach der Entbindung hat sich auf zwölf Wochen verlängert, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung ärztlich festgestellt wird und die Frau die Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung beantragt. Das Muster 9 wurde daher um die Beantragungsmöglichkeit erweitert.

Das neu gestaltete Muster 9 trat zum 1. Juli 2018 in Kraft. Bitte beachten Sie, ab diesem Zeitpunkt die alten Formulare **nicht** mehr zu verwenden.

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

Angestellte Ärzte in einer BAG

Bisher wurden angestellte Ärzte, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätig sind, vertragsarztrechtlich einem der dort tätigen Vertragsärzte zugeordnet. Diese bisherige Praxis der Zulassungsgremien, die Genehmigung nur einem einzelnen Arzt der BAG zu erteilen, ist ab sofort unzulässig, erteilte jetzt der Vertragsarztsenat des Bundessozialgerichts (Az.: B 6 KA 24/15 vom 4. Mai 2016).

Anstellungsgenehmigungen für eine Berufsausübungsgemeinschaft sind künftig von der BAG insgesamt zu beantragen. Bisherige Genehmigungsbescheide bleiben aus Vertrauensschutz davon unberührt. Mit seinem Urteil beendet das BSG das bisherige Auseinanderfallen von Anstellungsgenehmigung einerseits und zivilrechtlicher, steuerrechtlicher und abrechnungsseitiger Behandlung andererseits. So gilt immer schon die gesamte BAG als Arbeitgeber, nicht der einzelne Arzt, der die Anstellungsgenehmigung erhalten hat. Honorartechnisch sei es zudem wohl eher praxisfern, dass ein angestellter Arzt Leistungen nur für ein Mitglied der BAG erbringt. In der Praxis gehen die Honorarbescheide denn auch schon bisher an die gesamte BAG. Über deren gemeinsame Abrechnungsnummer werden auch die Leistungen eines angestellten Arztes der gesamten BAG zugerechnet.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Praxen

Das spezifische QM-System QEP® „Qualität und Entwicklung in Praxen“ wurde eigens für Ärzte und Psychotherapeuten entwickelt. Der Aufbau eines Qualitätsmanagements mit diesem System erfüllt zum einen die in der QM-Richtlinie geforderten Inhalte, zum anderen ist dieses System zertifizierbar, sodass es Ihnen doppelte Sicherheit bietet.

In dem einhalbtägigen Seminar wird mit dem „QEP®-Qualitätszielkatalog“ gearbeitet, um eine zielgerichtete Umsetzung von notwendigen Qualitätszielen im Praxisalltag zu erreichen. Anhand praktischer Beispiele und der Erstellung konkreter Qualitätsdokumente lernen

Sie das QEP®-System kennen. Darüber hinaus vermittelt Ihnen das Seminar konkrete Hilfestellungen und Maßnahmen für eine zielgerichtete Anwendung von Qualitätszielen.

In dem QEP®-Seminar für Psychotherapeuten werden die Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen berücksichtigt.

Hinweis: Vorkenntnisse im Qualitätsmanagement sind für dieses Seminar nicht erforderlich.

In Verbindung mit der Teilnahme an diesem Seminar haben Sie die Möglichkeit, das praktische QEP®-Manual zu einem vergünstigten Preis zu erwerben. Der Erwerb des QEP®-Manuals ist für jede Praxis nur einmal möglich.

Themenschwerpunkte

- Grundlagen des Qualitätsmanagements
- Der PDCA-Zyklus
- Ziele und Inhalte des QEP®-Systems
- Aufbau und Struktur des QEP®-Qualitätszielkatalogs
- Wie werden Arbeitsabläufe dokumentiert?
- Die Rolle der Praxisleitung und der Mitarbeiter
- Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung von QM
- Das Selbst- und Fremdbewertungsverfahren (Zertifizierung) nach QEP®

Referenten

externer Referent

Teilnahmegebühr

220,- Euro pro Person

Seminartermine für haus- und fachärztliche Praxen

14. September und 15. September 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB
9. November und 10. November 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB
16. November und 17. November 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Seminartermine für Psychotherapeuten

21. September und 22. September 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
7. Dezember und 8. Dezember 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Dieses Seminar richtet sich an Ärztinnen, die an einer Niederlassung interessiert sind und überlegen, welche Betätigungsform für sie die am besten geeignete ist: Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Anstellung in Voll- oder Teilzeit, Möglichkeiten des Jobsharing oder eine Teilzulassung.

Im Rahmen dieser Veranstaltung lernen Sie die verschiedenen Modelle der kooperativen Berufsausübung und Möglichkeiten der Teilzeittätigkeit kennen. Außerdem erhalten Sie praktische Tipps und Hinweise für die Praxisführung.

Begrifflichkeiten wie Zulassungsverordnung, Bedarfsplanung, Präsenzpflcht werden ebenso geklärt wie Ihre Fragen zu relevanten rechtlichen Grundlagen und deren Einfluss auf die vertragsärztliche Tätigkeit.

Themenschwerpunkte

- Teilnahmemöglichkeiten in der ambulanten Versorgung
- Zulassungsrechtliche Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Entscheidungsalternativen und -kriterien
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

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

Seminardaten

19. Juli 2018	18.00 bis 21.00 Uhr	München/KVB
---------------	---------------------	-------------

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 Qualitäts-

management 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: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Einsteiger

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-KHK für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 5

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ?

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		26. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2018	19.00 bis 22.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Juli 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. September 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	15. September 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. Juli 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	15. September 2018	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		22. September 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. September und 15. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. Juli 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	19. September 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	21. Juli 2018	09.30 bis 14.45 Uhr	Nürnberg
Poolärzte	kostenfrei	20. September 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		19. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		28. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juli 2018	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. September 2018	17.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		19. September 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

Gründer- und Abgeberforum – Psychotherapeuten

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Telefontraining für die Praxis

Terminvereinbarung am Telefon

Qualitätsmanagement

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Grenzen setzen – Grenzen achten

Selbstmanagement

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Refresher-Kurs rund um die Verordnung

Verordnungen I – Arzneimittel

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Existenzgründer	kostenfrei	14. Juli 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juli 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	28. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. September 2018 14. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018 26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. September 2018 19. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	15. September 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	19. September 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	26. September 2018	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. September 2018 19. September 2018	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	München Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2018 25. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing

KVBBINFOS

09 | 18

ABRECHNUNG

- 110 Die nächsten Zahlungstermine
- 110 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2018
- 112 EBM-Änderungen zum 1. Juli und 1. Oktober 2018 sowie rückwirkend zum 1. Januar 2011
- 113 Förderung von Sonografien
- 114 Kleinchirurgische Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in Narkose
- 114 Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz
- 115 Kontrastuntersuchung von Gangsystemen
- 115 ASV – Anpassungen und Inkrafttreten einer weiteren Indikation

VERORDNUNG

- 116 Schwerwiegende Nebenwirkung unter Lamotrigin
- 116 Widerruf der Zulassung für Flupirtin

- 116 Valsartan: Chargenrückrufe
- 117 Mischpreise für Arzneimittel rechtmäßig
- 117 Adrenalin-Autoinjektoren – Empfehlung der EMA
- 118 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 119 Trastuzumab – Biosimilars auf dem deutschen Markt
- 119 Gebrauchsanweisung auf Rezepturverordnungen
- 119 Arzneimittel im Blickpunkt
- 119 FAQ zu Hilfsmitteln als Sammlung im Internet
- 120 Schuheinlagen richtig verordnen
- 120 Humane-Papillomviren-Impfung für Jungen?
- 120 Arzneiverordnungssoftware: Verbandmittel gelistet
- 121 Sprechstundenbedarfsvereinbarung – Stand 1. Juli 2018

QUALITÄT

- 122 Neue Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmus-implantat-Kontrolle ab 1. Oktober 2018
- 123 Substitution: Meldeformulare geändert

ALLGEMEINES

- 124 Psychotherapie: Änderungen Formblatt PTV 11
- 124 Zi-Kodier-Manual „Infektanfälligkeit“
- 125 „Gesund schwanger“
- 125 Bayerisches Familiengeld ab 1. August 2018

SEMINARE

- 126 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 127 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 128 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2018
Abschlusszahlung August 2018

10. Oktober 2018
Abschlusszahlung September 2018

31. Oktober 2018
Restzahlung 2/2018

12. November 2018
Abschlusszahlung Oktober 2018

10. Dezember 2018
Abschlusszahlung November 2018

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2018 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Oktober 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 (Kassennummern 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“ 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
Yorkstraße 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. Juli und 1. Oktober 2018 sowie rückwirkend zum 1. Januar 2011

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 423. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Juli und 1. Oktober 2018 sowie rückwirkend zum 1. Januar 2011 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. 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. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2018

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

Screening auf Tyrosinämie – neuer Inhalt des erweiterten Neugeborenen-Screenings

Zum 16. März 2018 wurde das Screening auf Tyrosinämie Typ I in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die seltene erbliche Stoffwechselerkrankung als 13. Zielerkrankung in das bestehende erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen. Der Bewertungsausschuss hat nun mit Wirkung zum 1. Juli 2018 beschlossen, dass das Screening auf Tyrosinämie Typ I über die bereits bestehende Laboruntersuchung für das erweiterte Neugeborenen-

Screening vergütet wird. Hierfür wird die Bewertung der GOP 01724 auf 147 Punkte (15,66 Euro) angehoben.

Für die Veranlassung des erweiterten Neugeborenen-Screenings ändert sich nichts. Die Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening wurde vom G-BA bereits angepasst. Sie finden die Kinder-Richtlinie einschließlich der Elterninformation auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>.

Labor: Anpassung der Labor-Ausnahmekennnummer 32006

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte in seiner 54. Sitzung Anpassungen des EBM zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie an den Stand von Wissenschaft und Technik mit Wirkung zum 1. Juli 2018 beschlossen (siehe KVB INFOS 6/2018, Seite 78). Die der Ausnahmekennnummer 32006 zugeordneten Gebührenordnungspositionen wurden nun entsprechend angepasst.

Labor: Änderungen im Bundesmantelvertrag

Die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ärzte) haben mit Wirkung zum 1. Juli 2018 mehrere Änderungen im Bereich Labor vereinbart:

- Die Frist zur Vereinbarung einer Anlage zu Paragraph 25 Absatz 4a BMV-Ärzte, dass nur solche Ärzte Untersuchungen des Speziallabors durchführen und abrechnen können, die zum „Kern ihres Fachgebiets“ gehören, wird um weitere eineinhalb Jahre verlängert. Als neues Datum des Inkrafttretens wurde der 1. Januar 2020 vereinbart.

- Darüber hinaus wurden im Zuge der Laborreform im Bundesmantelvertrag die Regelungen zum Erstveranlasser bei Laboruntersuchungen, zum Laborclearing und zur Direktabrechnung der Laborgemeinschaften redaktionell überarbeitet. Inhaltliche Änderungen erfolgten nicht.

Herzschrittmacherkontrolle: Übergangsregelung für Genehmigung verlängert

Die Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13576 beziehungsweise 04411 und 04413 bis 04416 für die konventionelle und telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen können 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. September 2018 verlängert. Die neue Qualitäts-Sicherungs-Vereinbarung (QSV) Rhythmusimplantat-Kontrolle (siehe Seite 122) wird am 1. Oktober 2018 in Kraft treten.

Sie erhalten in den nächsten Wochen ein Serviceschreiben, mit dem wir Sie über die wichtigsten Inhalte der QSV einschließlich der zu stellenden Anträge informieren.

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 8. November 2017 in der Anlage VI 2.6 der Krebs-

Förderung von Sonografien

früherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) die Dokumentation des Mammographie-Screenings um das Grading und die Bestimmung des Rezeptorstatus erweitert. Hierzu wurde nun eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufgenommen:

Neu: GOP 19317 – Grading mittels Morphometrie sowie immunhistochemische Bestimmung des Estrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus eines Materials gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Anlage VI Nummer 2.6

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des HER2-Rezeptorstatus,
- Bestimmung des KI-67-Proliferationsindex

EBM-Bewertung: 1.356 Punkte
Preis B€GO: 144,47 Euro

- Am Behandlungstag nicht neben der histologischen oder zytologischen Untersuchung eines Materials nach GOP 19310, dem immunhistochemischen und/oder immunzytochemischen Nachweis von Rezeptoren nach GOP 19321 und dem immunhistochemischen Nachweis des HER2-Rezeptors nach GOP 19322 berechnungsfähig.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 19317 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst und die GOP 19317 wird in Spalte 1 als Ausschussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet.

Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Januar 2011

Die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 01510 bis

01512 EBM wurden neu gefasst. Damit wurde klargestellt, dass eine Abrechnung der Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung auch für ermächtigte Einrichtungen und ermächtigte Ärzte nach den Paragrafen 31, 31a Ärzte-ZV möglich ist. Die Änderungen gelten rückwirkend ab dem 1. Januar 2011. Für die ermächtigten Institutsambulanzen und ermächtigten Ärzte in Bayern ändert sich durch die Anpassungen nichts.

Gemeinsame Erklärung zur kostenfreien Abgabe von Labormaterialien

Anlässlich der Diskussion über die mögliche strafrechtliche Relevanz der kostenfreien Abgabe von Labormaterialien gaben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband eine gemeinsame Erklärung ab. Danach sind die Materialkosten für die Blutentnahme gemäß Präambel 32 Nummer 10 EBM in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 EBM enthalten und werden Laborärzten mit Abrechnung der Laboruntersuchung erstattet. Laborärzte können daher veranlassenden Ärzten die Blutentnahmegefäße kostenfrei zur Verfügung stellen. Die vollständige Erklärung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM* unter dem Punkt *„Weitere Informationen“*.

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

In unserem Rundschreiben vom 30. Mai 2018 zum Ergebnis der Honorarverhandlungen 2018 haben wir Sie unter anderem über die ab 1. April 2018 neu eingeführte Förderung von Sonografien im Zusammenhang mit Mammografien (Zuschlagsnummer 97191F zur GOP 33041 EBM) informiert.

Uns haben Nachfragen erreicht, ob der Zuschlag auch dann abgerechnet werden kann, wenn ein Arzt einer Praxis die Mammografie durchführt und ein anderer Arzt derselben BSNR die Sonografie. Für solche Fälle ist der Zuschlag **nicht** vorgesehen. Aus diesem Grund ist eine Abrechnung der Zuschlagsnummer 97191F neben den GOPen 01750, 34270 oder 34275 innerhalb einer BSNR im selben Quartal nicht möglich.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail VuS-Vertragspolitik@kvb.de

Kleinchirurgische Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in Narkose

Kleinchirurgische Eingriffe nach den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324 und 26350 bis 26352 EBM, die bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in Narkose durchgeführt werden, können mit den gebiets-spezifischen Gebührenordnungspositionen aus den Abschnitten 31.2 (ambulante Operationen) oder 36.2 (belegärztliche Operationen) abgerechnet werden. Diese gebietsspezifischen Gebührenordnungspositionen sind mit dem Buchstaben „K“ abzurechnen. Es gilt die Zuordnung laut der untenstehenden Tabelle.

Bei der Abrechnung von ambulanten oder belegärztlichen Operationen ist der OPS-Code nach Anhang 2 des EBM in Feldkennung 5035 zwingend anzugeben. Da es im Anhang 2 des EBM für kleinchirurgische Eingriffe keinen OPS-Code

gibt, tragen Sie bitte statt eines OPS-Codes die Gebührenordnungsposition des jeweiligen kleinchirurgischen Eingriffs in die Feldkennung 5036 ein.

In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 EBM nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nummer 8 beziehungsweise Präambel 36.2.1 Nummer 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen. Es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen des entsprechenden kleinchirurgischen Eingriffs.

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 – kleinchirurgischer Eingriff	Gebietsspezifische GOP nach Abschnitt 31.2	Gebietsspezifische GOP nach Abschnitt 36.2
02300 bis 02302	31101K	36101K
06350 bis 06352	31321K	36321K
09351	31231K	–
09360 bis 09362	31231K	36231K
10340 bis 10342	31101K	36101K
15321 bis 15324	31221K	36221K
26350 bis 26352	31271K	36271K

Bei den oben genannten kleinchirurgischen Eingriffen als Simultaneingriff ist der Zuschlag für den Simultaneingriff (GOP 31xx8/36xx8) nicht mit dem Buchstaben „K“ zu kennzeichnen.

Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz

Patienten mit Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris können künftig ambulant mit der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. April 2018 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss trat am 26. Juli 2018 in Kraft.

Die ESWT darf eingesetzt werden bei Patienten, bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze sowie Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden.

Die Behandlung darf nur von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin erbracht werden. Pro Krankheitsepisode kann die ESWT für jeden betroffenen Fuß in maximal drei aufeinanderfolgenden Sitzungen angewendet werden. Die Krankheitsepisode umfasst das Quartal der ersten Sitzung sowie die drei folgenden Quartale.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die ESWT 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.

ASV – Anpassungen und Inkrafttreten einer weiteren Indikation

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) auf dessen Internetseite unter <https://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

Kontrastuntersuchung von Gangsystemen etc.

Aufgrund der Formulierung der Leistungslegende im Plural „Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener **Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln**“ ist die Gebührenordnungsposition 34260 EBM (beziehungsweise 34260L im DMP Brustkrebs) **nur einmal je Sitzung** berechnungsfähig, auch wenn mehrere Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln untersucht 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

Anpassung der ASV-Arzneimittelkoordination

Patienten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einen Medikationsplan in Anspruch nehmen. Damit soll durch eine dementsprechende Anpassung der ASV-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an den im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplan angeknüpft werden. Ziel ist es, Patienten bei der richtigen Einnahme ihrer Arzneimittel zu unterstützen und sicherzustellen, dass diese nicht zwei unterschiedliche Medikationspläne erhalten, wenn sie in der vertragsärztlichen Versorgung und außerdem in der ASV behandelt werden.

Für die technische Umsetzung sind ein Medikationsplan-Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS), ein Barcode-Scanner sowie ein Drucker zur Bereitstellung der Pläne erforderlich. Für die Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans in der ASV hat der G-BA eine neue Leistung in den Appendix Abschnitt 2 einer jeden ASV-Indikation eingeführt.

Anpassung der ASV-Telekommunikation

Für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltene Erkrankungen hat der G-BA die Möglichkeit zum Einsatz einer Videosprechstunde und eines Telekonsils geschaffen. Für die ASV gelten dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte.

Die Videosprechstunde dient einer visuellen Verlaufskontrolle für be-

stimmte Fragestellungen, für den Fall, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt nicht möglich ist. So kann sie beispielsweise als visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde oder zur Kontrolle von Dermatosen nach einer strahlentherapeutischen Behandlung zum Einsatz kommen.

Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil) in der ASV sollen bei Vorliegen von bestimmten, besonders komplexen medizinischen Fragestellungen einen schnellen fachlichen Austausch gewährleisten.

Inkrafttreten der Anlage „Seltene Lebererkrankungen“

Mit Ablauf der Frist zur Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium am 17. Juli 2018 tritt nun auch die Anlage 2 Buchstabe o – „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ in Kraft. Sobald die Nichtbeanstandung im Bundesanzeiger veröffentlicht wird, ist der Inhalt der Anlage rechtskräftig.

Nach der zeitnahen Ausarbeitung und Veröffentlichung der Voraussetzungen zur Anzeige eines ASV-Teams durch den erweiterten Landesausschuss, können sich Ärzteteams begründen. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlage umfasst, finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3321/>.

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

Schwerwiegende Nebenwirkung unter Lamotrigin

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft griff zu Beginn des Monats Juni eine Meldung der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA auf, die aktuell vor der hämophagozytischen Lymphhistiozytose (HLH) unter dem Antiepileptikum Lamotrigin warnt. Da diese lebensbedrohlich sein kann und mit zahlreichen unspezifischen Symptomen schwer zu diagnostizieren ist, möchten wir die möglichen Begleitsymptomaten aufzählen, bei deren Vorhandensein von fünf Einzelsymptomen nebeneinander die Diagnose zu stellen ist:

- Fieber und Hautausschlag
- Splenomegalie
- Zytopenien
- Hypertriglyceridämie oder Hypofibrinogenämie
- stark erhöhte Ferritinwerte im Blut
- mikroskopisch Hämophagozytose im Knochenmark, Milz oder Lymphknoten
- Aktivität von natürlichen Killerzellen erniedrigt oder nicht nachweisbar
- löslicher Interleukin-2-Rezeptor im Blut erhöht

Da die frühzeitige Diagnose entscheidend für die Prognose ist (unbehandelte HLH 95-prozentige Letalität), bitten wir Sie um erhöhte Wachsamkeit bei Ihren Lamotrigin-Patienten, auch wenn das Arzneimittel nicht zur Epilepsiebehandlung, sondern bei Bipolarer Störung Einsatz findet. Bitte informieren Sie auch Ihre Patienten und deren Angehörige über die Symptome und die Dringlichkeit eines Arztbesuchs beim Auftreten der Symptomatik.

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

Widerruf der Zulassung für Flupirtin

Vorsicht, schwerwiegende Leberschäden!

In den KVB INFOS 4/2018 (Seite 52) haben wir Sie darüber informiert, dass der PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) in einem Risikobewertungsverfahren empfohlen hatte, die Zulassung für Flupirtin-haltige Arzneimittel zu widerrufen. Mittlerweile ist die Entscheidung gefallen und die Zulassungen für Flupirtin-haltige Arzneimittel (**Katadolon® sowie Generika**) werden EU-weit widerrufen. Das Risiko für Leberschäden überwiegt den Nutzen.

In Deutschland haben die Zulassungsinhaber bereits vor der endgültigen Entscheidung eigenverantwortlich einen Rückruf Flupirtin-haltiger Arzneimittel vollzogen.

Die zuständige Behörde verweist darauf, dass therapeutische Alternativen verfügbar 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

Valsartan: Chargenrückrufe

Nur noch wenige Hersteller Valsartan-haltiger Arzneimittel sind nicht von den aktuell vorsorglichen Chargenrückrufen betroffen und können beunruhigten Patienten alternativ verordnet werden. Zu Redaktionsschluss sind dies neben dem Originalanbieter die generischen Anbieter TAD Pharma (Valsacor®/Valsacor comp®), Mylan (Valsartan dura®/Valsartan HCT dura®) und Aurobindo (Valsartan/Valsartan/HCT aurobindo®), die nicht von den Verunreinigungen aus dem chinesischen Herstellungsbetrieb betroffen sind. Der Originalanbieter Novartis (unter anderem Diovan®) ist zwar auch nicht betroffen. Die Verordnung der Novartis-Produkte ist jedoch selbst für die Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind, mit erheblichen Kosten verbunden.

Eine aktuelle Liste aller von den Rückrufen betroffenen Chargen verschiedener Hersteller liegt nur den Apotheken über ihre Arzneimittelkommission beziehungsweise über direkte Meldung der Hersteller an die Apotheken vor. Um sicherzugehen, welcher Anbieter für die Versorgung mit Valsartan noch zur Verfügung steht, müssten Sie sich deshalb an die Apotheke Ihrer Wahl wenden. Zusätzlich sind nun auch Lieferengpässe der nicht betroffenen Hersteller und Chargen zu erwarten.

Ein ausführliches „Verordnung Aktuell“ und einen Patientenhinweis zur Auslage in Ihrem Wartezimmer finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Mischpreise für Arzneimittel rechtmäßig

Im April und August 2017 haben wir Sie über die Entscheidungen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg informiert, wonach die Mischpreisbildung als rechtswidrig erklärt wurde.

Das Bundessozialgericht kam nun am 4. Juli 2018 zu einer anderen Entscheidung: Die Mischpreisbildung für Arzneimittel, die in der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses für bestimmte Patientengruppen einen Zusatznutzen zugesprochen bekommen, für andere dagegen nicht, ist doch rechtmäßig.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert weitere Klärungen, um Praxen vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu schützen. Wir halten Sie weiterhin auf dem Laufenden.

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

Adrenalin-Autoinjektoren – Empfehlung der EMA

Schon am 25. Juni 2015 empfahl die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) verschiedene Maßnahmen bezüglich der Anwendungssicherheit von Autoinjektoren, beispielsweise sollen Patienten zwei Autoinjektoren verordnet werden. Dies wurde in die Fachinformationen entsprechender Präparate (zum Beispiel Emerade®, Fastjekt®, Jext®) auch eingearbeitet. Damit ist eine Verordnung über zwei Adrenalin-Autoinjektoren möglich.

Im Juli 2018 wurden Sie in einem Rote-Hand-Brief darüber informiert, dass aufgrund der nicht auszuschließenden Möglichkeit einer Blockade beim Auslösen das Mitführen von zwei Emerade®-Fertigpens nunmehr sogar zwingend erforderlich ist.

Die Schulung der Anwender ist ebenso von entscheidender Bedeutung. Dazu gehören laut CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use):

- ein Schulungsgerät, mit dem die Patienten üben können,
- audiovisuelle Materialien, die detailliert zeigen, wie das Gerät zu bedienen ist,
- eine Checkliste für verschreibende Personen, um sicherzustellen, dass der Patient vor Anwendung des Autoinjektors ausreichend informiert wird.

Das komplette Schulungsmaterial ist kostenfrei über den jeweiligen pharmazeutischen Hersteller zu beziehen.

Ein ausführliches „Verordnung Aktuell“, inklusive dem Rote-Hand-Brief und der EMA-Empfehlung finden Sie 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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- Aqua B. Braun – Änderung der Befristung auf 23. Januar 2023
- Freka Drainjet® NaCl 0,9 % – Änderung der Befristung auf 6. Juni 2023
- Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt – Änderung der Befristung auf 6. Juni 2023
- ISOFree – Änderung der Befristung auf 17. März 2023
- Macrogol dura® – Änderung der Befristung auf 11. Mai 2023
- Medicoforum Laxativ – Änderung der Befristung auf 23. Januar 2023
- Movicol® V – Aufnahme
- NaCl 0,9 % B. Braun – Änderung der Befristung auf 23. Januar 2023
- Oculentis BSS – Änderung der Befristung auf 14. Dezember 2019
- PädiaSalin® 0,9 % – Änderung der Befristung auf 17. März 2023
- Ringer B. Braun – Änderung der Befristung auf 23. Januar 2023

Zur Anlage VI, Off-Label-Use:

- Rituximab beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel A-Z/Off-Label-Use*.

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im zweiten Quartal 2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Abirateronacetat – neues Anwendungsgebiet: metastasiertes hormonsensitives Prostatakarzinom (mHSPC)
- Alectinib – neues Anwendungsgebiet: Erstlinienbehandlung nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom
- Cabozantinib – Neubewertung nach Fristablauf
- Cenegermin
- Cladribin
- Dapagliflozin – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Dapagliflozin/Metformin – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Dupilumab
- Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil – neues Anwendungsgebiet: HIV bei jugendlichen Patienten von zwölf bis unter 18 Jahre
- Guselkumab
- Midostaurin – akute myeloische Leukämie, aggressive systemische Mastozytose
- Nonacog beta pegol
- Niraparib
- Obinutuzumab – neues Anwendungsgebiet: nicht vorbehandeltes fortgeschrittenes follikuläres Lymphom
- Perampanel – neues Anwendungsgebiet: Primär generalisierte Epilepsie
- Sitagliptin – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer

- Sofosbuvir – neues Anwendungsgebiet: Chronische Hepatitis C bei Jugendlichen
- Telotristatethyl
- Tivozanib

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Trastuzumab – Biosimilars auf dem deutschen Markt

Seit dem 15. Juni 2018 werden nun auch Biosimilars zu dem Wirkstoff Trastuzumab, Erstanbieter-Handelsname Herceptin®, in Deutschland zur Behandlung von Patienten mit HER-2-positivem Brustkrebs sowie HER-2-positiven Adenokarzinomen des Magens oder gastroösophagealen Übergangs in der Kombinations-Erstlinienbehandlung der metastasierten Therapiesituation zur Verfügung stehen.

Bei der Verordnung von Biosimilars lassen sich Einsparpotenziale generieren, die Patienten an anderer Stelle zugutekommen können. Nach den bisherigen Verlautbarungen werden sich die zunächst gewonnenen Einsparungen in einer noch überschaubaren Größenordnung von knapp 70 Euro pro 150 mg Packung belaufen. Überdies werden in nächster Zeit weitere Biosimilar-Anbieter hinzukommen, sodass der Wettbewerb wohl weitere Preisabsenkungen zur Folge haben wird.

Zu der subkutanen Anwendungsform (Kadcyla®), die teurer als die intravenöse ist und keine Zulassung für das metastasierte Magenkarzinom hat, wird es in der näheren Zukunft keine Biosimilars geben.

In unserem „Verordnung Aktuell“ mit dem Thema „Die ersten Trastuzumab-Biosimilars erreichen den deutschen Markt“ vom 15. Juni 2018 finden Sie eine Übersicht über alle Trastuzumab-haltigen Arzneimitteln ohne Reimporte.

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

Gebrauchsanweisung auf Rezepturverordnungen

Nach der Arzneimittelverschreibungsverordnung muss auf allen Verordnungen von Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen, eine Gebrauchsanweisung für den Patienten angegeben sein. Sollte diese Angabe fehlen, darf die Apotheke entsprechend ergänzen, wenn es sich um einen dringenden Fall handelt und Sie nicht erreichbar sind.

Die Gebrauchsanweisung auf der Verordnung wird von der Apotheke auf das Rezepturgefäß übertragen und unterstützt damit den Patienten bei der korrekten Anwendung der ihm verordneten Rezeptur.

In letzter Zeit kommt es gegenüber Apotheken vermehrt zu Retaxationen durch Krankenkassen bei Rezepturverordnungen, wenn eine entsprechende Gebrauchsanweisung fehlt. Aus Sicht der Krankenkassen wurde von der Apotheke damit unzulässigerweise eine nicht nach den gesetzlichen Vorgaben ausgestellte Verordnung beliefert. Deshalb kann es bei Ihnen vermehrt zu Rückfragen der Apotheken kommen.

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

Arzneimittel im Blickpunkt

In der Ausgabe 46 unserer Reihe „Arzneimittel im Blickpunkt“ mit dem Thema „Überblick zu systemischen Immuntherapeutika zur Behandlung der Plaque-Psoriasis“ (11. Oktober 2017) haben wir die Preise (Seite 12) angepasst.

Sie finden die Veröffentlichung unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel im Blickpunkt*.

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

FAQ zu Hilfsmitteln als Sammlung im Internet

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Hilfsmittel* liegt mittlerweile auch eine Sammlung der bei uns eingegangenen Hilfsmittel-Anfragen und deren Beantwortung vor. Auch 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

Schuheinlagen richtig verordnen

Die AOK Bayern hat uns darauf hingewiesen, dass sowohl Schuheinlagen als auch Zusätze für Schuheinlagen mitunter nicht indikationsgerecht verordnet werden. Aus diesem Grund haben wir unser „Verordnung Aktuell“ mit dem Thema „Schuheinlagen richtig verordnen!“ um die Indikationen der Zusätze erweitert.

Bitte achten Sie bei Schuheinlagen unbedingt auf die Indikationen des Hilfsmittelverzeichnisses. Häufig werden Schaleneinlagen verordnet, obwohl Indikationen für Stützende Einlagen vorliegen.

Sie finden das „Verordnung Aktuell“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Hilfsmittel/Hilfsmittel-Verordnung*.

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

Humane-Papillomviren-Impfung für Jungen?

Nach intensiver Überlegung empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) mit Veröffentlichung vom 28. Juni 2018 nun auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV). Durch die Impfung von Mädchen und Jungen soll die Krankheitslast von mit HPV assoziierten Tumoren reduziert werden. So erkranken etwa 6.200 Frauen und 1.600 Männer in Deutschland jährlich an Karzinomen, die durch HPV verursacht werden. Neben dem Zervix-Karzinom, einer der häufigsten Krebsarten bei Frauen, das in nahezu 100 Prozent der Fälle mit dem HPV in Verbindung gebracht wird, sind Tumore der Vagina, Vulva und des Penis sowie Anal-, Mund- und Rachenkarzinome mit dem humanen Papillomavirus assoziiert.

Weitere Details lesen Sie bitte in unserem „Verordnung Aktuell“ mit dem Thema „Humane-Papillomviren-Impfung – bald auch Kassenleistung für Jungen? – STIKO-Empfehlung liegt vor“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnung/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

Arzneiverordnungssoftware: Verbandmittel gelistet

Seit 1. August sind in der Verordnungssoftware neben Arzneimittel-daten die Daten für Verbandmittel gelistet. Angezeigt werden die weiteren Produkte, die in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden, wie Teststreifen oder bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung. Dadurch bietet Ihnen die Arzneimittelverordnungssoftware deutlich mehr Informationen als bisher.

Es kann sein, dass die Angaben einzelner Verbandmittel zunächst noch unvollständig sind und beispielsweise eine Preisangabe noch nicht angezeigt wird. Die Vollständigkeit aller Angaben in der Arzneimittelverordnungssoftware muss erst ab 1. Juli 2019 gewährleistet sein.

Hintergrund ist, dass aktuell noch nicht alle benötigten Angaben bei der Informationsstelle für Arzneispezialitäten vorliegen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich deshalb darauf verständigt, dass die laut Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vorgesehene Vollständigkeit der Angaben erst ab 1. Juli 2019 zu gewährleisten ist.

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

Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung – Stand 1. Juli 2018

Die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung wurde geändert beziehungsweise 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

Produkte/Produktgruppe	Änderung/Ergänzung	In KVB-Broschüre* auf
Antiallergika/Antihistaminika	Pädiatrie wird durch Kinder- und Jugendmedizin ersetzt.	Seite 10
Antibiotika	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Facharztgruppen Internisten/Chirurgen mit Weiterbildung/Zusatzbezeichnung Phlebologie wurden zusätzlich aufgenommen, das heißt, es können Kombinationen (topisch) mit Kortikoiden oder Antiseptika verordnet werden. ■ Pädiatrie wird durch Kinder- und Jugendmedizin ersetzt. 	Seite 11
Antiemetika	Der Wirkstoff Droperidol wurde aufgenommen.	Seite 12
Infusionslösungen	Auch Gelatine-haltige Infusionslösung (Plasmaexpander) sind verordnungsfähig	Seite 17
Kortikoide	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Facharztgruppen Internisten/Chirurgen mit Weiterbildung/Zusatzbezeichnung Phlebologie wurden zusätzlich aufgenommen, das heißt, es können Kombinationen (topisch) mit Antibiotika oder Antiseptika verordnet werden. ■ Pädiatrie wird durch Kinder- und Jugendmedizin ersetzt. 	Seite 19
Neuroleptika	Ein Querverweis auf die Antiemetika wurde wegen Droperidol aufgenommen.	Seite 21
Sklerosierungsmittel	Die prozentuale Einschränkung auf Polidocanol ab 1 % fällt weg.	Seite 23

*Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung – Gültig ab 1. Juli 2015 (Stand 1. Juli 2018)

Neue Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle

ab 1. Oktober 2018

Am 1. Oktober 2018 tritt die neue bundesweite Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Rhythmusimplantat-Kontrolle in Kraft. Sie ersetzt die QSV Herzschrittmacherkontrolle vom 1. April 2006. Die QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von folgenden Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung:

- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (HSM-Kontrolle) nach GOP 04411, 13571 EBM
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators (ICD-Kontrolle) nach GOP 04413, 13573 EBM, gegebenenfalls mit telemedizinischer Kontrolle nach GOP 04414, 13574 EBM
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Kontrolle) nach GOP 04415, 13575 EBM, gegebenenfalls mit telemedizinischer Kontrolle nach GOP 04416, 13576 EBM

Die Genehmigung nach der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle können Sie für eine oder mehrere der oben genannten Leistungen auf zwei Wegen beantragen.

Antrag nach Übergangsregelung für Altgenehmigungsinhaber

Wenn Sie über eine Genehmigung nach der QSV Herzschrittmacherkontrolle vom 1. April 2006 verfügen, können Sie eine Genehmigung nach der neuen QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle erhalten, wenn Sie einen Antrag nach Übergangsregelung stellen und die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie beziehungsweise Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie können eine Genehmigung für die Funktionsanalyse **aller** Implantattypen einschließlich telemedizinischer Kontrolle erhalten, wenn sie die entsprechenden Leistungen bis 30. September 2018 regelmäßig durchgeführt und abgerechnet haben.
- Fachärzte für Innere Medizin mit anderen Schwerpunktbezeichnungen als Kardiologie oder ohne Schwerpunktbezeichnung können eine Genehmigung für nachfolgende Implantattypen erhalten, wenn sie Folgendes nachweisen:
 - Für die Funktionsanalyse von **Herzschrittmachern** genügt der Nachweis, dass die entsprechenden Leistungen bis 30. September 2018 regelmäßig durchgeführt und abgerechnet wurden.
 - Für die **ICD-Kontrolle** und/oder die **CRT-Kontrolle** müssen die entsprechenden Leistungen ebenfalls jeweils bis zum 30. September 2018 regelmäßig durchgeführt und abgerechnet worden sein. Zusätzlich sind **innerhalb von vier Jahren** nach Genehmigungserteilung die **Sachkunde** „Praxis der ICD-Therapie“ und – falls auch CRT-Kontrolle beantragt wurde – die Sachkunde „Kardiale Resynchronisationstherapie“ nachzuweisen. Die Genehmigung wird mit einer entsprechenden Auflage für den Sachkundenachweis verbunden.
 - Für die **telemedizinischen** Kontrollen von Kardiovertern

beziehungsweise Defibrillatoren und/oder von Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie müssen die entsprechenden Leistungen jeweils bis 30. September 2018 in mindestens zwei Quartalen abgerechnet worden sein.

Den Antrag nach Übergangsregelung sollten Sie zeitnah stellen, damit wir Ihnen die Genehmigung nach der neuen QSV bis zum 1. Oktober 2018 erteilen können. Bitte beachten Sie, dass mit Inkrafttreten der neuen QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle die im EBM übergangsweise eröffnete Möglichkeit, die Leistungen mit der Genehmigung nach der QSV Herzschrittmacherkontrolle vom 1. April 2006 abzurechnen, endgültig endet.

Neuantrag für Kardiologen und Kinderkardiologen

Wenn Sie nicht über eine Genehmigung nach der QSV Herzschrittmacherkontrolle vom 1. April 2006 verfügen, können Sie einen Neuantrag stellen. Es sind dann folgende fachliche Voraussetzungen für die Genehmigung nachzuweisen (vergleiche Paragraph 5 QSV):

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung und/oder Schwerpunktbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie oder Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie oder
 - Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin und der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie
- und** (gilt nicht für Kinderkardiologen)
- Zeugnis zur selbständigen Indikationsstellung beziehungsweise Sicherung der Indikation, Durch-

führung und Dokumentation folgender Mindestuntersuchungszahlen zum beantragten Implantattyp unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes innerhalb von 36 Monaten vor Antragstellung:

- 200 HSM-Kontrollen (falls nur diese beantragt wurden)
- 150 HSM-Kontrollen, 50 ICD-Kontrollen und/oder 30 CRT-Kontrollen (falls neben HSM-Kontrolle weitere Implantattypen beantragt wurden)

Darüber hinaus gelten die Anforderungen an die fachliche Befähigung bei Nachweis der Zusatzqualifikation „Spezielle Rhythmologie“ als erfüllt.

Neben den fachlichen Voraussetzungen sind in den Antragsformularen apparative Anforderungen sowie die Einhaltung der Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation zu bestätigen. Bitte beachten Sie, dass die Genehmigung nach Paragraf 7 QSV mit einer Fortbildungsaufgabe verbunden wird: Innerhalb von 24 Monaten sind 20 Fortbildungspunkte zur Kardiologie nachzuweisen.

Künftig ist außerdem jährlich – erstmalig für das Jahr 2019 – eine Stichprobenprüfung der ärztlichen Dokumentation bei 15 Prozent der Ärzte zu je 20 abgerechneten Fällen durchzuführen (vergleiche Paragraf 9 QSV).

Einzelheiten können Sie den Antragsformularen unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/R/Rhythmusimplantat-Kontrolle/Antrag* nach Übergangsregelung beziehungsweise Neuantrag entnehmen. Der Volltext der QSV Rhythmusimplantat-Kontrolle kann demnächst unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung* abgerufen 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

Substitution: Meldeformulare geändert

Bitte beachten Sie, dass in der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger die Meldeformulare zum Beginn und zur Beendigung der Substitution geändert wurden.

Substituierende Ärzte haben den Beginn und die Beendigung einer Substitution unverzüglich der zuständigen KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse anzuzeigen (vergleiche Paragraf 7 Absatz 2 der Anlage I Ziffer 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses). Hierzu muss der Arzt zu Beginn der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einholen.

Für die Meldungen stellen wir unseren Mitgliedern zwei Formulare zur Verfügung: eines für die Methadonsubstitution und eines für die diarmorphingestützte Substitution. Beide Formulare wurden überarbeitet. Insbesondere ist aus Gründen des Datenschutzes in den Formularen nur noch die Versichertennummer und nicht mehr der Patientename anzugeben.

Die neuen Formulare können unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/S/Substitutionsgestützte Behandlung/Patientenmeldung Beginn/Ende Methadonsubstitution* beziehungsweise *Patientenmeldung Beginn/Ende diarmorphingestützte Substitutionsbehandlung* abgerufen 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

Psychotherapie: Änderungen Formblatt PTV 11

Das Formblatt PTV 11 „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ wird zum 1. Oktober durch das Ankreuzfeld „ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich“ ergänzt.

Dies war nach dem Schiedsspruch vom 7. November 2017 erforderlich geworden, nach dem Versicherte einen Anspruch auf Vermittlung eines Termins für probatorische Sitzungen durch die Terminservicestellen der KVen haben, wenn eine der Psychotherapeutischen Sprechstunde nachfolgende ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich ist.

Außerdem wurde die Bezeichnung der ICD-10-Felder redaktionell korrigiert.

Die Änderungen des Formblatts treten als Stichtagsregelung mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 in Kraft. Alte Formulare können **nicht** aufgebraucht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt auf ihrer Internetseite eine aktualisierte Ausfüllhilfe zum PTV 11 unter www.kbv.de/psychotherapie zur Verfügung.

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

Zi-Kodier-Manual „Infektanfälligkeit“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bietet seit 2015 sogenannte Kodier-Manuale an. Bisherige Themen waren „Demenz“, „HIV“ sowie „Infektanfälligkeit und Immundefekt“. Letzteres wurde nun auf den Stand 2018 aktualisiert.

Was ist ein Kodier-Manual?

Hierbei handelt es sich um eine Zusammenstellung von ICD-Kodes mit weiteren hilfreichen und knapp gefassten Informationen zu einem bestimmten Krankheitsbild. Ein Kodier-Manual ergänzt die Erfahrungen im Umgang mit den Haus- und Facharzt-Thesauren und bietet nicht nur Kriterien für die Kodierung, sondern auch eine übersichtliche Darstellung der Kodierzusammenhänge.

An wen richten sich die Kodier-Manuale?

Kodier-Manuale eignen sich für komplexere Fragestellungen, die in der Praxis nicht täglich vorkommen und deshalb falsch beziehungsweise nicht in ausreichender Tiefe kodiert werden. Kodier-Manuale richten sich an Praxen der jeweiligen Fachgebiete, aber auch an diejenigen Vertragsarztpraxen, in denen die betroffene Krankheit eher selten zu kodieren ist. In diesem Fall wird die Auswahl der sachgerechten ICD-10-Kodes erleichtert.

Wo finde ich die Kodier-Manuale?

Sie finden die Kodier-Manuale des Zi auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/ICD-10* mit einer Verlinkung auf die Website des Zi.

Weitere Ergänzung: Zi-Kodierhilfe und Thesauren

Darüber hinaus steht Ihnen seit Anfang des Jahres 2018 eine App zur Verfügung, die Sie im Google Play Store sowie im Apple App Store über das Stichwort „Zi-Kodierhilfe“ für Ihr Smartphone oder Tablet kostenlos herunterladen und werbefrei nutzen können.

Selbstverständlich stehen Ihnen auf der Website des Zi unter www.zi.de/projekte/kodierung/ wie gewohnt der Hausarzt-Thesaurus und die Facharzt-Thesauri als Download zur Verfügung.

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

„Gesund schwanger“

Folgende weitere Krankenkasse nimmt ab 1. Oktober 2018 an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil:

- BKK Melitta Plus

Bereits teilnehmende Krankenkassen:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb Heller*Index*Leuze
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die Bergische Krankenkasse
- Salus BKK
- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse
- BKK Deutsche Bank AG

Eine aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen sowie Informationen und Formulare zum Herunterladen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Gesund schwanger*.

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

Bayerisches Familiengeld ab 1. August 2018

Das bayerische Familiengeld löst das bisherige Landeserziehungsgeld ab. Der Nachweis der durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen erfolgt durch einen Einleger im Kindervorsorgeheft (siehe Abbildung).

Am 11. Juli hat der Bayerische Landtag den Gesetzentwurf zum Familiengeld beschlossen. Das Gesetz wird zum 1. August in Kraft treten. Die Auszahlung des Familiengeldes kann ab 1. September erfolgen. Es löst das bisherige Betreuungs- und Landeserziehungsgeld ab.

Eltern von ein- und zweijährigen Kindern werden mit 250 Euro monatlich je Kind unterstützt. Ab dem dritten Kind gibt es 300 Euro monatlich. Das Familiengeld wird unabhängig vom Einkommen gezahlt.

Um Anspruch auf das Familiengeld zu erheben, muss wie bisher ein Nachweis über die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder U6 und U7 gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern erfolgen. Der Nachweis über die durchgeführten Untersuchungen erfolgt mittels der sogenannten „Teilnahmekarte“ (siehe Abbildung), die sich im Kindervorsorgeheft des G-BA auf der zweiten Seite befindet. Hiermit können die Kindervorsorgeuntersuchungen bestätigt werden, ohne dass Diagnosen oder Befunde offen gelegt werden müssen. Daher sollte auch die Teilnahmekarte im Kindervorsorgeheft sorgfältig ausgefüllt und mit dem Vertragsarztstempel versehen werden.

Das Kinderuntersuchungsheft kann wie gewohnt mittels Bestellformular über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden.

Abbildung: Teilnahmekarte, Seite 2 des G-BA-Kinderuntersuchungsheftes

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Eine Zulassung als freiberuflicher Arzt in eigener Praxis bedeutet eine Vielzahl von Veränderungen gegenüber einem angestellten Arztstatus.

In diesem Seminar informieren wir Sie insbesondere über die Rechte und Pflichten eines freiberuflich tätigen Vertragsarztes, über die zutreffende Außendarstellung einer Praxis, sowie über Zahlungsströme und Steuerzahlungen. Darüber hinaus sensibilisieren wir Sie für die Umstellung eigener Versicherungen beziehungsweise notwendige Neuabschlüsse.

Themenschwerpunkte

- Präsenzpflicht und Sprechstundenangebot
- Bereitschaftsdienst
- Vertretungsregelungen
- Delegationsfähige Leistungen
- Systematik der KV-Zahlungen und anderer Zahlungsströme
- IGeL-Leistungen
- Steuern in der Arztpraxis – Umsatzsteuer
- Systematik der Einkommensteuerzahlungen
- Liquiditätsfallen
- Personalführung
- Anpassung Ihrer Krankenversicherung, Berufshaftpflichtversicherung
- Notwendige neue Versicherungen für den Unternehmer
- Altersversorgung und Beiträge

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten			
10. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg/KVB	
10. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB	
17. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg/KVB	
7. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB	

Auch im Jahr 2019 finden in allen KVB-Bezirksstellen weitere Termine statt.

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Telefontraining für die Praxis

In diesem Seminar lernen Sie durch praktische Übungen, professionell, umsichtig und gewinnend am Telefon zu kommunizieren. Sie erfahren, wie Sie durch geschicktes Formulieren das Gespräch lenken und auch schwierige Situationen meistern können, ohne dass das Gespräch zeitlich aus dem Ruder läuft.

Eine aktive und zielgerichtete Gesprächsführung bewirkt, dass Ihre Telefonate von Ihrem Gesprächspartner positiv wahrgenommen werden und trotzdem auf das Wesentliche beschränkt bleiben.

Themenschwerpunkte

- Das richtige Melden – erster Eindruck und Einstimmung
- Der Telefonknigge: von der Meldung bis zur Verabschiedung
- Was verlangt der Datenschutz am Telefon?
- Stimme und Tonfall wirkungsvoll einsetzen
- Patientenorientierte Formulierungen und Wortwahl
- Mit zielgerichteten Fragen das Gespräch lenken
- Der Gesprächsleitfaden für die Terminvergabe
- Das Telefonat kurz halten und auf das Wesentliche beschränken
- Wie meistere ich anspruchsvolle und schwierige Telefonate?
- Moderne technische Möglichkeiten für das Praxistelefon nutzen

Referenten

Externe Referentin

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

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

Seminararten

26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
9. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB
28. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg/KVB

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 (Details und 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: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Asthma – COPD für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

Fachseminare

Fortbildung Impfen

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – Schmerzsyndrome und Diabetes

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 4

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 5

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

IT in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		16. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		10. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		11. Oktober 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	13. Oktober 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. September 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	13. Oktober 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	22. September 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	12. Oktober bis 13. Oktober 2018	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	15. September 2018 22. September 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	10. Oktober 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	13. Oktober 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	10. Oktober 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	17. Oktober 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	20. Oktober 2018	9.30 bis 14.45 Uhr	Würzburg
Poolärzte	kostenfrei	20. September 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
		17. Oktober 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. September 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		17. Oktober 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg

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

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

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- und Abgeberforum

Gründer- und Abgeberforum – Psychotherapeuten: Abgeber

Gründer- und Abgeberforum – Psychotherapeuten: Gründer

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Praxismanagement

Konfliktmanagement

Patientengespräche zielgerichtet führen

Telefontraining für die Praxis

Qualitätsmanagement

QEP® – Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Refresher-Kurs rund um die Verordnung

Verordnungen I – Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Oktober 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
		10. Oktober 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
		17. Oktober 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
		6. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	19. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisabgeber	kostenfrei	20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. September 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Existenzgründer	kostenfrei	22. September 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Oktober 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		10. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
		17. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	28. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	21. September bis 22. September 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. September 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München

KVBIINFOS

10 | 18

ABRECHNUNG

- 134 Die nächsten Zahlungstermine
- 134 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2018
- 136 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 138 GOP 01435: Abrechnungsvoraussetzungen
- 138 Besuch im ÄBD: Scheinuntergruppe 41 oder 44
- 139 Abgrenzung GOP 01770 von Vorbereitungsmaßnahmen eines Schwangerschaftsabbruchs

VERORDNUNG

- 140 Anpassung Rehabilitationsrichtlinie – Bundesteilhabegesetz (BTHG)
- 141 Esmya® (Ulipristalacetat) – Risikobewertungsverfahren abgeschlossen
- 141 Symptomkontrolle bei Palliativpatienten

QUALITÄT

- 142 iFOBT im Rahmen der Krebsfrüherkennung

IT IN DER PRAXIS

- 143 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern
- 144 Aktualisierung der Dokumentation im DMP Brustkrebs

ALLGEMEINES

- 145 Formularbestellung beim Kohlhammer-Verlag
- 145 Verordnungsvordrucke: Schweigepflicht
- 145 Auskünfte an Apotheken

SEMINARE

- 146 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 147 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 148 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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 3/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2018 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Oktober 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 (Kassennummern 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“ 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
Yorkstraße 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

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-

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

GOP 01435: Abrechnungsvoraussetzungen

Die haus- beziehungsweise fachärztliche Bereitschaftspauschale gemäß GOP 01435 vergütet alleinige telefonische Beratungen des Patienten im Quartal im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt. Die Kontaktaufnahme muss durch den Patienten erfolgen. Darüber hinaus kann die GOP 01435 berechnet werden für ausschließliche andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte. Bitte beachten Sie, dass die GOP 01435 nicht berechnet werden kann, wenn in demselben Arztfall ein (weiterer) persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Die GOP 01435 kann demzufolge nur berechnet werden, wenn:

- im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden (gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen),
- in demselben Arztfall keine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung kommt (erste Anmerkung zu GOP 01435).

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist zudem nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht im organisierten Bereitschaftsdienst 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

Besuch im ÄBD: Scheinuntergruppe 41 oder 44

Der Besuch nach Gebührenordnungsposition 01418 (beziehungsweise 01418N zwischen 19.00 bis 7.00 Uhr) ist nur im organisierten Bereitschaftsdienst (Notfalldienst) berechnungsfähig. Daher muss der jeweilige Datensatz auf dem Abrechnungsschein im Feld mit der Kennung 4239 (Scheinuntergruppe) die Kennzeichnung

- 41 = Ärztlicher Bereitschaftsdienst/Notfalldienst (= organisierte Dienste) oder
- 44 = Ärztlicher Bereitschaftsdienst im Rahmen der neuen Bereitschaftsdienstregionen (organisierter Fahrdienst und Bereitschaftspraxen) enthalten.

Die anderen dringenden Besuche aus Abschnitt 1.4 des EBM (Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01415) sind im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes nicht 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

Abgrenzung GOP 01770 von Vorbereitungsmaßnahmen eines Schwangerschaftsabbruchs

Zur Abgrenzung der GOP 01770 sowie der Gebührenordnungspositionen 01901 ff. (Vorbereitungsmaßnahmen eines Schwangerschaftsabbruchs) beachten Sie bitte Folgendes:

Die Leistung nach der GOP 01770 umfasst die **Betreuung einer Schwangeren**. Ein Ansatz der GOP 01770 in Verbindung mit einem Schwangerschaftsabbruch kommt nur dann in Betracht, wenn vor dem Schwangerschaftsabbruch eine Betreuung der Schwangeren „von gewisser Nachhaltigkeit und Dauer“ stattgefunden hat (siehe Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 30. Juli 2009 – L 12 B 1074/08 KA ER). Eine Betreuung erfordert mehrere Arzt-Patienten-Kontakte, die nach der Mutterschafts-Richtlinie im Allgemeinen in einem Abstand von vier Wochen erfolgen sollen. Im Falle eines bereits geplanten Schwangerschaftsabbruchs liegt keine Schwangerenbetreuung mehr vor. Eine taggleiche Abrechnung der GOP 01770 mit den Gebührenordnungspositionen 01901 bis 01915 ist daher nicht zulässig. Ein Beratungsgespräch nach der GOP 01900 ist dagegen neben der GOP 01770 abrechenbar, da jeder Arzt im Rahmen der von ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken hat, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen (D.1. Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch). Erst nach Durchführung der/s Beratungsgespräche/s wird ersichtlich, ob sich die Schwangere für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet.

Bitte beachten Sie auch, dass GOP 01901 und 01902 Leistungen des Schwangerschaftsabbruchs sind und nicht im Rahmen einer normalen Schwangerschaft berechnet werden können. **GOP 01901** vergütet die **Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch**. Demnach ergibt sich, dass die Untersuchung bereits in der geplanten Absicht des Schwangerschaftsabbruchs erfolgt. Die **GOP 01902** ist nur dann abrechenbar, wenn das **Schwangerschaftsalter** zum Zweck der Einhaltung der Fristenregelungen nach Paragraf 218a StGB **vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch** bestimmt wird. Sonstige sonographische Untersuchungen, die im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie durchgeführt werden, sind Leistungsinhalt der GOP 01770 und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Experten der Honorarprüfung unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 4 09 20
Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 09 21

Anpassung Rehabilitations-Richtlinie – Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Durch das neue BTHG soll Menschen mit Behinderung mehr Teilhabe und individuelle Selbstbestimmung ermöglicht werden. So verpflichtet das BTHG die Rehabilitationsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Rentenversicherung) durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird. Damit sieht die Richtlinie nun vor, dass Ärzte und Psychotherapeuten Betroffene auf Beratungsstellen der Rehabilitationsträger sowie ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung hinweisen (Paragraf 5). Zudem wurde die Zielstellung der Richtlinie konkretisiert, frühzeitig mögliche weitere Teilhabedarfe zu erkennen (Paragraf 1). Sollte es hierfür Anhaltspunkte geben, können Sie diese seit 1. Juli 2018 auf dem Ordnungsformular 61 zusätzlich vermerken. Möglich ist dies im Teil A sowie im Teil D unter dem Punkt „Sonstiges“.

Durch das BTHG entfallen die Bestimmungen zu den Gemeinsamen Servicestellen, die in der Vergangenheit über Angebote der medizinischen Rehabilitation beraten haben. Die Beratungsangebote für Betroffene werden stattdessen in Zukunft in anderer Form sichergestellt. Auf diese neuen Angebote sollten Sie bei Ihrer Reha-Beratung künftig hinweisen. So gibt es

- Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger,
- sowie ergänzende, unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung.

Für die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (EUTB) werden bundesweit Beratungsangebote etabliert. Dies soll sicherstellen, dass Betroffene eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige Teilhabeberatung erhalten. Die EUTB soll nach dem Peer-Prinzip durch Betroffene für Betroffene erfolgen. Seit Anfang 2018 stehen bereits über 400 Beratungsangebote zur Verfügung. Weitere Informationen zu den Beratungsangeboten vor Ort finden Sie auf der Internetseite der EUTB unter www.teilhabeberatung.de in der Rubrik Beratung unter dem Punkt „Hier finden Sie die EUTB in Ihrer Nähe“.

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

Symptomkontrolle bei Palliativpatienten

Unsere FAQ zur häuslichen Krankenpflege haben wir um folgende Information ergänzt (Seite 7):

Obwohl Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege den Palliativpatienten schon vor der Einfügung der Leistungsziffer Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatienten) zur Verfügung standen, fand die ambulante Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen möchten, keine ausdrückliche Erwähnung in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie. Ziel ist es, den Hospiz- und Palliativgedanken stärker in der Regelversorgung zu verankern und die ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken.

Die FAQ stehen Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung-aktuell* zur Verfügung.

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

Esmya® (Ulipristalacetat) – Risikobewertungsverfahren abgeschlossen

Im Februar haben wir Sie darüber informiert, dass durch Meldungen über schwere Leberschädigungen bis hin zu Leberversagen und dadurch notwendige Lebertransplantationen sich der PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) zu verschärften Kontrollmaßnahmen veranlasst sah. Auch nachdem die Patientin die Therapie mit dem Ulipristalacetat-haltigen Arzneimittel beendet hat, sollte der Arzt nach zwei bis vier Wochen nochmals die Leberwerte überprüfen. Diese risikominimierenden Maßnahmen galten als Überbrückung. Nachdem die EMA (European Medicines Agency) das Risikobewertungsverfahren zu Esmya® nun abgeschlossen hat, gelten folgende Maßnahmen:

Eingeschränkte Indikation

- Eine Intervalltherapie mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmuttermyome ist bei erwachsenen Frauen im gebärfähigen Alter nur zugelassen, wenn eine Operation nicht infrage kommt.
- Es ist weiterhin indiziert für ein einmaliges Behandlungsintervall von bis zu drei Monaten zur präoperativen Behandlung mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmuttermyome bei erwachsenen Frauen im gebärfähigen Alter.

Neue Kontraindikation

Esmya® darf nicht bei Frauen mit bestehender Leberfunktionsstörung angewendet werden.

Auf bestimmte Arztgruppen eingeschränkte Behandlung

Die Behandlung muss von Ärzten eingeleitet und überwacht werden, die mit der Diagnose und Behandlung von Gebärmuttermyomen vertraut sind.

Überwachung der Leberfunktion

- Vor Beginn jedes Behandlungsintervalls sowie einmal monatlich während der ersten beiden Behandlungsintervalle und zwei bis vier Wochen nach Beendigung der Behandlung müssen Leberfunktionstests durchgeführt werden.
- Wenn die Transaminasen Alanin-Aminotransferase (ALT) oder Aspartat-Aminotransferase (AST) den oberen Normwert um mehr als das Zweifache überschreiten, darf die Behandlung mit Esmya® nicht begonnen werden.
- Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn ALT oder AST den oberen Normwert um mehr als das Dreifache überschreiten.

Patientinnen müssen auf Symptome einer möglichen Leberschädigung (zum Beispiel Müdigkeit, Gelbfärbung der Haut, dunkler Urin, Übelkeit, Erbrechen) hingewiesen werden. Bei Anzeichen und Symptomen einer Leberschädigung muss die Behandlung abgebrochen und die Patientin sofort untersucht werden (einschließlich Leberfunktionstests). Eine Patientenkarte zu Hintergründen und Planung der Leberfunktionstests wurde eingeführt. Die Fachinformation wurde aktualisiert.

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

iFOBT im Rahmen der Krebsfrüherkennung

Bitte reichen Sie mit Ihrem Quartalsbericht die Herstellererklärung zum Nachweis der Testkriterien ein.

Der quantitative immunologische Test zum Nachweis von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT) ersetzt seit 1. April 2017 den bisher verwendeten Guajak-basierten Test (gFOBT) im Rahmen der Krebsfrüherkennung.

Zur Abrechnung steht die GOP 01738 EBM – Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT) nach Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) – zur Verfügung.

Die Abrechnung dieser GOP setzt voraus:

- die Anwendung eines **Tests**, für den die **Erfüllung der Kriterien** nach Paragraph 39 Absatz 1 KFE-RL in Verbindung mit den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 21. Februar 2017 und 29. März 2017 nachgewiesen ist, und
- die Erstellung und Abgabe eines vollständigen **Quartalsberichts inklusive Herstellererklärung** nach Paragraph 39 Absatz 5 KFE-RL bei der KVB.

Nach Paragraph 39 Absatz 4 KFE-RL soll die Stuhlprobe unmittelbar nach Eingang im medizinischen Laboratorium untersucht werden. Die Untersuchung und Dokumentation erfolgt mittels automatisierten Verfahren (immunchromatographische Schnelltests gehören nicht dazu).

Für den präventiven iFOBT nach GOP 01738 EBM dürfen darüber hinaus nur **Tests** verwendet werden, die

nach Paragraph 39 Absatz 1 KFE-RL folgende **Kriterien** erfüllen:

- Mit der Untersuchung von nur einer Stuhlprobe werden für die Detektion von kolorektalen Karzinomen oder fortgeschrittenen Adenomen eine Sensitivität von mindestens 25 Prozent und eine Spezifität von mindestens 90 Prozent erreicht.
- Das Stuhlprobenentnahmesystem muss eine verständliche Anleitung beinhalten.
- Das Stuhlprobenentnahmesystem muss
 - eine einfache und hygienische Stuhlaufnahme sowie
 - die Überführung einer definierten Stuhlmenge in ein spezielles Probenpuffersystem sicherstellen und
 - die Stabilisierung der Probe über mindestens fünf Tage in dem vorgegebenen Cut-off-Bereich bei Raumtemperatur gewährleisten.
- Die Erfüllung der oben genannten Anforderungen muss unter Beachtung der Spezifizierung der Kriterien mit mindestens einer aussagekräftigen Studie nachgewiesen sein, in der die Koloskopie als Referenzverfahren angewendet wurde. Die Studie(n) ist (sind) in geeigneter Form öffentlich zur Verfügung zu stellen.

Diese Vorgaben wurden durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) vom 21. Februar 2017 und vom 29. März 2017 **spezifiziert**. Die BA-Beschlüsse zur Spezifizierung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/I/immunologischer Stuhltest (iFOBT)/Rechtliche Grundlagen/Vorgaben Nachweis Kriterienerfüllung*.

Der **Nachweis** der Erfüllung der Kriterien nach Paragraph 39 Absatz 1 KFE-RL in Verbindung mit den Spezifizierungen aus den oben genannten BA-Beschlüssen muss gegenüber dem Vertragsarzt durch eine **Herstellererklärung unter Angabe der Studiendaten** oder durch eine **Publikation im Peer-Review-Verfahren** in deutscher oder englischer Sprache im Volltext durch den Hersteller nachgewiesen werden (vergleiche Ziffer IV. des BA-Beschlusses vom 21. Februar 2017).

Die Erfüllung der Anforderungen zur Probenstabilität und zur Handhabbarkeit des Stuhlprobenentnahmesystems müssen anhand des Gerätehandbuchs und der Testinformation (Packungsbeilage) nachgewiesen werden (vergleiche Ziffer III. 3. des BA-Beschlusses vom 21. Februar 2017).

Falls Sie bisher von Ihrem Hersteller noch keine Herstellererklärung erhalten haben beziehungsweise diese nicht auf der Internetseite des Herstellers zu finden ist, bitten wir Sie, die Herstellererklärung anzufordern.

Bitte leiten Sie die Herstellererklärung zusammen mit Ihrem Quartalsbericht weiter an:
iFOBT@kvb.de

Fragen beantworten Ihnen unsere Expertinnen:

Christina Trautwein
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 94

Barbara Pedall
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 35

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend stellen wir Ihnen unsere regelmäßigen 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 mit dem System/den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2017 wurden insgesamt 18.646 Installationen vermerkt, und im Quartal 2/2018 18.741. Zur Jahresmitte 2018 waren insgesamt 111 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2017 zu 2/2018
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.648	19,47 %	+126
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.497	13,32 %	-51
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.583	8,45 %	-94
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.540	8,22 %	-40
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	888	4,74 %	-29
6	ALBIS	CompuGroup Medical	862	4,60 %	-23
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	816	4,35 %	-14
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	564	3,01 %	-42
9	easymed	promedico / medatixx GmbH	505	2,69 %	-31
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	463	2,47 %	+18

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 2/2017 zu 2/2018	Installationen gesamt (Stand 2/2018)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+126	3.648
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+82	190
3	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+65	169
4	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+56	335
5	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+43	86
6	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+31	209
7	tomedo	zollsoft GmbH	+28	128
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+28	206
8	Elefant	HASOMED GmbH	+21	298
9	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+18	204
9	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	+18	463

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Aktualisierung der Dokumentation im DMP Brustkrebs

Die Dokumentation im Disease Management Programm für Patientinnen mit Brustkrebs (DMP Brustkrebs) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) umfangreich überarbeitet. Die Aktualisierung trat zum 1. Oktober 2018 in Kraft.

Die Erstdokumentation wurde deutlich gekürzt. Bei Dokumentationen in Bezug auf Patientinnen, die aufgrund eines Primärtumors oder kontralateralen Brustkrebses ins DMP eingeschrieben wurden, entfallen die Fragen zur betroffenen Brust, ob aktuell eine präoperative beziehungsweise neoadjuvante Therapie durchgeführt wird, zur Beschaffenheit des Krebsgewebes (Grading) sowie zum HER2/neu Status.

Bei den Erst- und Folgedokumentationen wurden die Fragen zur Behandlung des Primärtumors beziehungsweise kontralateralen Brustkrebses komplett ersetzt. Hier gibt es nur noch Fragen zur adjuvanten endokrinen Therapie. Bei Frauen, die aufgrund eines lokoregionären Rezidivs oder Fernmetastasen ins DMP Brustkrebs eingeschrieben sind, entfallen die Fragen zum aktuellen Behandlungsstatus und zur andauernden beziehungsweise abgeschlossenen Therapie.

Neu in die Erst- und Folgedokumentationen wurden Fragen zu Körpergröße und Gewicht der Patientin aufgenommen sowie die Frage, ob eine besonders kardiotoxische Tumorthherapie durchgeführt wurde oder wird. Ebenfalls ergänzt wurde die Frage, ob eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training abgegeben wurde.

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

Bitte beachten Sie

Analog zu früheren Dokumentationsanpassungen muss für Brustkrebs-Dokumentationen, die das dritte Quartal 2018 betreffen, also in denen das Behandlungsdatum im dritten Quartal liegt, das alte Dokumentationsformular verwendet werden, auch wenn die Dokumentation erst im vierten Quartal 2018 erstellt wird.

Weitere Informationen zur aktualisierten Dokumentation im DMP Brustkrebs finden Sie unter 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 – 6 12 99
E-Mail info-dmp@kvb.de

Formularbestellung beim Kohlhammer-Verlag

Die bayerischen Krankenkassen und die KVB haben den Bezug von vertragsärztlichen Vordrucken und Formularen zum 1. Januar 2019 neu ausgeschrieben. Da es möglicherweise in der Übergangszeit zu Lieferengpässen kommen kann, bitten wir, dies bei Bestellungen im Quartal 4/2018 beim Kohlhammer-Verlag/Stuttgart zu berücksichtigen und eine Formularanzahl zu bestellen, die auch noch für das Quartal 1/2019 ausreicht. Wir werden Sie umgehend über die Bezugsquelle und die Bestellmodalitäten informieren, sobald der Dienstleister feststeht.

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

Verordnungsvordrucke: Schweigepflicht

Gerne beantworten wir Anfragen zur Rechtmäßigkeit und zum Ausfüllen von Verordnungsvordrucken. Dabei ist es häufig hilfreich, wenn der Vordruck als Kopie oder eingescannt miteingereicht wird. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass auch hier die ärztliche Schweigepflicht gilt. Daher sollten die Patientendaten – insbesondere der Patientename – unbedingt unkenntlich gemacht beziehungsweise geschwärzt 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

Auskünfte an Apotheken

Seit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) berichten Apotheken davon, dass vereinzelt Arztpraxen unter Berufung auf den Datenschutz keine Auskünfte mehr erteilen, wenn Apotheker oder Apothekenmitarbeiter wegen unklarer Verordnungen in der Arztpraxis anrufen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass solchen Anfragen der Datenschutz nicht entgegensteht. Dies gilt auch für telefonische Rückfragen, wenn ersichtlich ist, dass diese aus der Apotheke kommen, die der Patient zur Einlösung der Verordnung aufgesucht hat. Es ist dazu auch keine Schweigepflichtentbindung erforderlich. Vielmehr sind die Apotheker nach Paragraph 17 Absatz 5 der Apothekenbetriebsordnung verpflichtet, das Arzneimittel bis zur Beseitigung von Unklarheiten nicht abzugeben, wenn die Verschreibung einen für die Apotheke erkennbaren Irrtum enthält, sie nicht lesbar ist oder sonstige Bedenken gegen die Abgabe bestehen.

Dies trifft im Übrigen auch auf die Abklärung zu, ob eine Rezeptfälschung oder ein Medikamentenmissbrauch vorliegen. Auch in diesen Fällen ist der Apotheker verpflichtet, abzuklären, ob eine ordnungsgemäße Verordnung vorliegt. Der verordnende Arzt verstößt nicht gegen den Datenschutz oder die ärztliche Schweigepflicht, wenn er gegenüber der Apotheke hierzu Auskunft erteilt.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Für den Fall, dass Sie sich mit dem Gedanken tragen, in einer Vertragsarzt- oder Psychotherapeutenpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) arbeiten zu wollen, da Sie nicht selbst unternehmerisch tätig werden möchten, haben Sie in diesem Seminar Gelegenheit, sich über die verschiedenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen zu informieren, die einem angestellten Arzt/Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehen.

Themenschwerpunkte

- Chancen einer Anstellung als Arzt/Psychotherapeut im niedergelassenen Bereich
- Formen der Anstellung in einer Praxis oder einem MVZ
- Zulassungsrechtliche Rahmenbedingungen einer Anstellung
- Spätere Umwandlung in eine Zulassung
- Informationen zum Anstellungsvertrag
- Entscheidungsalternativen und -kriterien

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten		
17. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB
24. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB
16. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
30. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Auch im Jahr 2019 finden in allen KVB-Bezirksstellen weitere Termine statt.

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

DMP – Fortbildung für Schulungs-personal Diabetes/KHK sowie Asthma/COPD

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 haben Sie die Möglichkeit, sich mit den teilnehmenden Kollegen und Referenten auszutauschen.

Themenschwerpunkte

- Koordination und Organisation von strukturierten Schulungen
- Wahrnehmung und Motivation
- Kommunikation und Gesprächsführung

Referenten

Externe ärztliche Referentin

Teilnahmegebühr

45,- Euro pro Teilnehmer

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

Seminardaten			
Diabetes/KHK	7. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing/KVB
Asthma/COPD	16. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB
Diabetes/KHK	12. Dezember 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2019

Die Seminartermine werden voraussichtlich ab Mitte November 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche (Details und Online-Anmeldung)* veröffentlicht. Die Seminarbroschüren 2019 versenden wir Anfang Dezember 2018 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 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: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherap. Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Asthma-COPD

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

Fachseminare

Psychotherapie in der Palliativversorgung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 5

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

IT in der Praxis

Die Praxis im Internet

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95.- Euro	1. Dezember 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95.- Euro	1. Dezember 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	16. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	7. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95.- Euro	21. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	17. November und 24. November 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		23. November bis 24. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95.- Euro	20. Oktober 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	24. November 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	24. Oktober 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	20. Oktober 2018	9.30 bis 14.45 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	14. November 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	24. Oktober 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	9. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

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**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

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- und Abgeberforum

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Notfalltraining

Notfalltraining für das Praxisteam

Notfalltraining für das Praxisteam – Vormittag

Praxismanagement

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Kommunikation

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Start-Up – ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Telefonieren in der Praxis – Auffrischung und Vertiefung

Telefontraining für die Praxis

Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen

Qualitätsmanagement

Einführung in den Arbeitsschutz

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP®-Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Grenzen setzen – Grenzen achten

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		16. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		30. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Oktober 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		31. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		14. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Existenzgründer	kostenfrei	20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		20. Oktober 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		10. November 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		10. November 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		1. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	27. Oktober 2018	13.30 bis 17.15 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	27. Oktober 2018	9.00 bis 12.45 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95.- Euro	30. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95.- Euro	7. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95.- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95.- Euro	24. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95.- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95.- Euro	9. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		28. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95.- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	24. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	24. Oktober 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	9. November bis 10. November 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95.- Euro	21. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95.- Euro	9. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg

KVBIINFOS

11|18

ABRECHNUNG

- 154 Die nächsten Zahlungstermine
- 154 EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2018
- 156 Spezialisierte geriatrische Diagnostik
- 158 Hyperbare Sauerstofftherapie – neue GOP ab 1. Oktober 2018
- 160 Abrechnung Dialysepauschalen zum Jahreswechsel 2018/2019
- 161 PET/CT – weitere Einsatzbereiche werden Krankenkassenleistung
- 161 GOP 04354 nicht ohne U-Untersuchung
- 162 Korrekte Abrechnung – Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst

VERORDNUNG

- 163 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 163 FAQ zu Heilmitteln
- 163 Vitamin D-Präparate auf Patientenwunsch

QUALITÄT

- 164 DMP-Feedbackberichte für das erste Halbjahr 2018

IT IN DER PRAXIS

- 164 Funktionen in „Meine KVB“ verbessert

ALLGEMEINES

- 165 FARKOR – Vertrag zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Kraft getreten

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

12. November 2018
Abschlagszahlung Oktober 2018

10. Dezember 2018
Abschlagszahlung November 2018

Zahlungstermine 2019

11. Januar 2019
Abschlagszahlung Dezember 2018

31. Januar 2019
Restzahlung 3/2018

11. Februar 2019
Abschlagszahlung Januar 2019

11. März 2019
Abschlagszahlung Februar 2019

10. April 2019
Abschlagszahlung März 2019

30. April 2019
Restzahlung 4/2018

10. Mai 2019
Abschlagszahlung April 2019

11. Juni 2019
Abschlagszahlung Mai 2019

10. Juli 2019
Abschlagszahlung Juni 2019

31. Juli 2019
Restzahlung 1/2019

12. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2019

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

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

EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 426. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen zum 1. Oktober 2018 wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail werden 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 endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Neue Gebührenordnungspositionen für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit

Der gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 17. November 2017 die „Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit“ in die Anlage I der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen. Hierzu wurden eine neue Gebührenordnungsposition und eine neue Kostenpauschale in den EBM aufgenommen:

Neu: GOP 34298

■ Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nummer 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Be-

handlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM Bewertung: 980 Punkte
Preis B€GO: 104,41 Euro

- Genehmigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall eine Koronarangiographie nach GOP 34291 abgerechnet wurde
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung neben den Abklärungsnotfallpauschalen (GOPen 01205 und 01207), Infusionen (GOPen 02100 und 02101), der Blutabnahme (GOP 02330), der intraarteriellen Injektion (GOP 02331), Durchleuchtungen (GOPen 34280 und 34281) und der Bildwandlergestützten Intervention(en) an der Wirbelsäule (GOP 34503) nicht berechnungsfähig
- am Behandlungstag neben der Serienangiographie (GOP 34283) und deren Zuschläge (GOPen 34284 bis 34287), sowie der Angiokardiographie (GOP 34290) nicht berechnungsfähig

Neu: GOP 40301

■ Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298

Preis B€GO: 660,- Euro

- einmal im Behandlungsfall abrechenbar

- nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 34298 abgerechnet wurde
- enthält alle Sachkosten, einschließlich der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 34298 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Photoselektive Vaporisation (PVP) und Thulium-Laserenukleation (TmLEP) ab 1. Oktober 2018 über EBM berechnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 15. Februar 2018 die Photoselektive Vaporisation (PVP) und die Thulium-Laserenukleation (TmLEP) als anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 7/8-2018, Seite 93).

Abrechnung über bereits bestehende Gebührenordnungspositionen

Das Verzeichnis nach Anhang 2 des EBM wird um die OPS-Codes 5-601.42 (= Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Laserdestruktion: Laservaporisation) und der OPS-Code 5-601.72 (= Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Enukleation) ergänzt. Die Abrechnung erfolgt ab dem 1. Oktober 2018 über die bereits seit April 2016 bestehenden (belegärztli-

chen) Gebührenordnungspositionen für die Holmium-Laserverfahren:

GOP	Kurztext	Bewertung in Punkten/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-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation 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 in Hinblick auf die zwei neuen Verfahren noch angepasst wird. Bis zum Inkrafttreten der erweiterten Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostata-syndroms (bPS) können die OPS-Codes übergangsweise bei Vorliegen einer Genehmigung nach der bestehenden Vereinbarung berechnet werden. Die Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31. Dezember 2018.

GOP 01416 von psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschlüssen vom 17. März 2017 die Krankentransport-Richtlinie und die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie dahingehend geändert, dass eine Krankenförderung und Krankenhausbehandlung auch von psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden kann.

Dementsprechend wird die GOP 01416 (90 Punkte, 9,59 Euro) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 als eine für die psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähige Leistung in die Präambel 23.1 Nummer 5 aufgenommen.

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Anpassung des EBM an die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle

Aufgrund des Inkrafttretens der neuen Qualitätssicherungs-Vereinbarung (QSV) Rhythmusimplantat-Kontrolle zum 1. Oktober 2018 (siehe auch unser Rundschreiben vom 21. August 2018) wurde in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 bis 04416, 13571, 13573 bis 13576 der Verweis auf die nunmehr gültige QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle in den EBM aufgenommen. In der Präambel 13.1 Nummer 3, 4 und 8 sowie der Präambel 13.3.5 Nummer 2 wurde der Verweis auf die bis zum 30. September 2018 gültige Übergangsregelung zur Genehmigungserteilung gestrichen.

Weitere Informationen zur neuen Qualitätssicherungsvereinbarung, dem Berechtigungsverfahren und die Genehmigungsanträge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/R/Rhythmusimplantat-Kontrolle*. Die QSV kann demnächst auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung* abgerufen 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

1. GOPen 30980, 30981 – Vorabklärung vor weiterführendem geriatrischen Assessment

Konsiliarische Beratung zwischen Hausarzt und Geriater zur Abrechnung notwendig

Vor einem weiterführenden geriatrischen Assessment nach Gebührenordnungsposition 30984 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. Diese Abklärung findet ohne Patientenkontakt statt. Sie kann auch fallabschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen oder durch Klärung des hausärztlichen Behandlungsauftrags und gegebenenfalls hierfür erforderlicher Vorbefunde/-untersuchungen der effizienten Vorbereitung der Vorstellung des Patienten beim Geriater dienen.

Für diese gemeinsame Abklärung im Vorfeld rechnen Hausärzte die Gebührenordnungsposition 30980 und Geriater die Gebührenordnungsposition 30981 ab (siehe Grafik 1).

Vorabklärung zwischen Hausarzt und Geriater in gleicher BAG beziehungsweise gleichem MVZ

Sind in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Hausärzte zusammen mit geriatrisch spezialisierten Ärzten tätig, 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 vorgenommen. Die Gebührenordnungspositionen sind in der Abrechnung mit dem Buchstaben „D“ zu kennzeichnen (30980D, 30981D), siehe Grafik 2.

Vorabklärung durch Geriater bei eigenem Patienten

Will ein geriatrisch spezialisierter Hausarzt für seinen Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen, muss ihm ein anderer geriatrisch spezialisierter Arzt (formlos) bescheinigen, dass das Assessment erforderlich ist. Die Bescheinigung ist nicht mit der Abrechnung bei der KVB einzureichen, kann aber gegebenenfalls zu Prüfzwecken angefordert werden.

Der mitbeurteilende Arzt kann hierfür die GOP 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) abrechnen. Die Mitbeurteilung kann sowohl anhand vorliegender Befunde, als auch im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten vorgenommen werden (siehe Grafik 3).

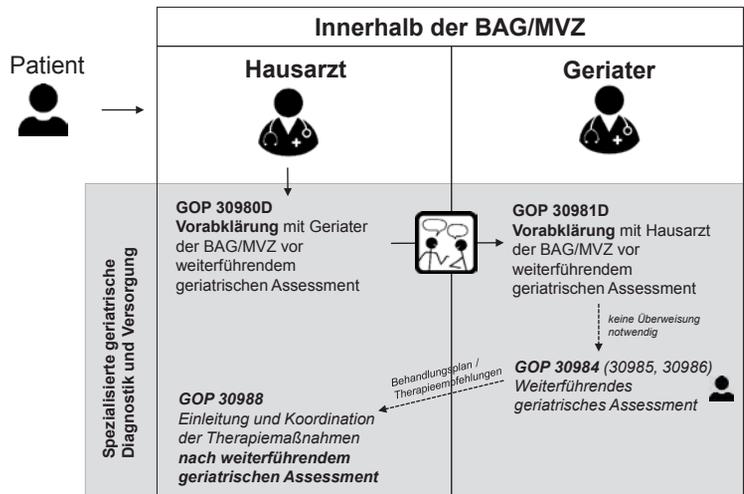
2. GOP 30988 erst nach Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments berechnungsfähig

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 GOpEn 03362 beziehungsweise zu den Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung nach den GOpEn 16230, 16231, 21230 und 21231) kann somit erst im Anschluss an eine spezialisierte geriatrische Diagnostik abgerechnet werden. Das weiterführende geriatrische Assessment nach GOP 30984 darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.

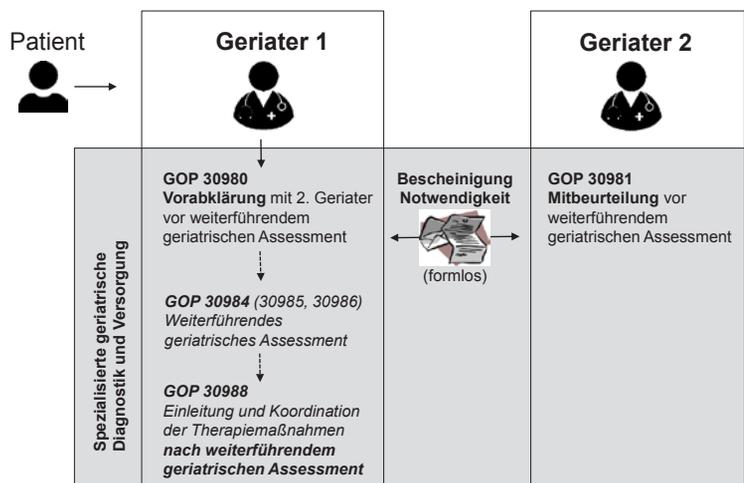
Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de



Grafik 1



Grafik 2



Grafik 3

Hyperbare Sauerstofftherapie – neue GOP ab 1. Oktober 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat mit Beschluss vom 21. September 2017 die „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ als neue Behandlungsmethode in die Richtlinien-Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 3/2018, Seite 27). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 426. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 die Aufnahme von neuen Leistungen unter Abschnitt 30.2.2 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen.

Indikationen zur Hyperbaren Sauerstofftherapie

Die hyperbare Sauerstofftherapie ist nur bei Patienten berechnungsfähig, deren Läsion Gelenkkapsel oder Sehnen einschließt (entsprechend Wagner Stadium II) und bei denen alle anderen Maßnahmen der Standardtherapie (= mindestens Stoffwechsoptimierung, Revaskularisation, medikamentöse Behandlung, leitliniengerechte Wundversorgung, Wunddebridement, Verbände, Druckentlastung, chirurgische Maßnahmen) nachweisbar erfolglos geblieben sind.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick

Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen (wie zum Beispiel konkrete Leistungsinhalte, berechnigte Fachgruppen, notwendige Kennzeichnungen und Abrechnungsauschlüsse) entnehmen Sie bitte dem Beschluss auf der Internetseite unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse oder unseren detaillierten Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/Weitere Informationen*.

GOP	Bezeichnung	Bewertung in Punkten/ BEGO	
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischen Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des G-BA	64 Punkte/ 6,82 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, zweimal im Krankheitsfall nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (Feldkennung 5009) ■ telefonisch berechnungsfähig, sofern allen Teilnehmern die erforderlichen Dokumentationen vorliegen ■ an der Fallkonferenz müssen bestimmte Arztgruppen teilnehmen (Details und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der <i>Rubrik Abrechnung/BEGO-EBM/Weitere Informationen</i>)
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des GBA	343 Punkte/ 36,54 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, zweimal im Krankheitsfall nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (Feldkennung 5009) ■ berechnungsfähig von <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie ■ Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“

GOP	Bezeichnung	Bewertung in Punkten/ B€GO	
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des G-BA	140 Punkte/ 14,92 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ je Bein, je Sitzung berechnungsfähig ■ Arzt muss bestimmte Anforderungen erfüllen (Details und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik <i>Abrechnung/B€GO-EBM/Weitere Informationen</i>)
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des G-BA	323 Punkte/ 34,41 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ genehmigungspflichtig ■ einmal vor Beginn eines Behandlungszyklus, maximal zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des G-BA	1.173 Punkte/ 124,97 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ genehmigungspflichtig ■ nur auf Auftragsüberweisung und nach Vorabklärung möglich ■ einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, maximal 40 Behandlungen pro Behandlungszyklus, zweiter Behandlungszyklus nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (FK5009)

Genehmigungspflichtige Leistungen

Die Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach GOP 30216 und 30218 setzt eine durch die KVB zuvor erteilte Genehmigung für die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom nach dem Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM voraus. Zur Erteilung der Genehmigung sind fachliche, personelle, organisatorische und räumliche Voraussetzungen nach-

zuweisen. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antragsformular, abzurufen unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/H/Hyperbare Sauerstofftherapie*.

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

Abrechnung Dialysepauschalen zum Jahreswechsel 2018/2019

Dialyse-Sachkosten in quartalsübergreifenden Wochen

Die Dialyse-Sachkostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40816, 40823 und 40825 sowie die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 40835 und 40837 können einmal je Behandlungswoche (= mindestens drei Hämodialysentage beziehungsweise IPD-Dialysentage oder mindestens vier von sieben Peritonealdialysentagen als CAPD beziehungsweise CCPD) berechnet werden.

Ist die Behandlungswoche quartalsübergreifend, sind die Wochenpauschalen in dem Quartal berechnungsfähig, in dem die letzte Dialyse der Woche durchgeführt wurde. Voraussetzung ist auch hier, dass in der Kalenderwoche mindestens drei Dialysen erbracht wurden. Bezogen auf den Jahreswechsel 2018/2019 heißt das, dass die am 31. Dezember 2018 durchgeführte Dialyse als erste Dialyse der ersten Kalenderwoche in 2019 zählt.

Vorverlegung einer Dialyse

Eine Dialyse kann unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte von einem Montag auf den vorherigen Sonntag vorverlegt werden. Aufgrund dieser Vorverlegung können dann zum Beispiel in der Vorwoche vier Hämodialysen, in der aktuellen Woche dagegen nur zwei Hämodialysen erbracht worden sein. Die von Montag auf Sonntag vorverlegte Hämodialyse zählt dann als erste Dialyse der aktuellen Behandlungswoche.

Die Wochenpauschale – die ja die Durchführung von zum Beispiel mindestens drei Hämodialysen voraussetzt – kann in diesem Fall auch für die aktuelle Behandlungswoche berechnet werden. Berechnungsfähig wäre somit für jede der beiden Kalenderwochen die volle Wochenpauschale.

Wichtig: Bitte geben Sie bei der Abrechnung der Dialysewochenpauschalen 40816, 40823 oder 40825 **unbedingt die Begründung „Vorverlegung“ in der KVDT-Feldkennung 5009** (freier Begründungstext) an, wenn Sie eine Dialyse von der letzten Kalenderwoche des Jahres 2018 beziehungsweise der ersten Kalenderwoche des Jahres 2019 vorverlegen.

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

PET/CT – weitere Einsatzbereiche werden Krankenkassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Mai drei Beschlüsse zur Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT) bei verschiedenen Fragestellungen im Rahmen der Behandlung maligner Lymphome in der vertragsärztlichen Versorgung gefasst. Der Beschluss trat am 8. August 2018 in Kraft.

Für die beiden folgenden Indikationen kann die PET/CT zukünftig auch vertragsärztlich angewendet werden:

- **als Interim-Staging (Stadienzuordnung nach Vorbehandlung) bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen**

Künftig kann bei Patienten mit Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie mit PET/CT-Aufnahmen das aktuelle Krankheitsstadium beurteilt und über eine mögliche Verkürzung der Chemotherapie entschieden werden. In Fällen, in denen die Chemotherapie fortgeführt werden muss, können Dosis und Intervalle zielgenauer geplant werden.

- **bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen**

Mithilfe der PET/CT kann künftig bei Kindern und Jugendlichen mit einem malignen Lymphom (Hodgkin oder Non-Hodgkin Lymphom) die Therapie geplant werden. So kann zum Beispiel im Rahmen des initialen Stagings auf eine Knochenmarkpunktion verzichtet werden oder auf Basis von PET-Befunden nach Interim-Staging eine nachfolgende Radiotherapie gezielter eingesetzt werden.

Non-Hodgkin-Lymphome: Beratungsverfahren weiterhin ausgesetzt

Das Beratungsverfahren im G-BA zur PET beziehungsweise PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen (Interim-Staging) bleibt bis zum Jahr 2021 ausgesetzt. Der G-BA will noch Studienergebnisse abwarten, um eine abschließende Entscheidung treffen zu können.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die oben genannten Indikationen können 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. Eine Ergänzung der bestehenden QS-Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist zeitgleich vorgesehen.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren. Sie finden die Beschlüsse mit ihren tragenden Gründen auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter 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

GOP 04354 nicht ohne U-Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 04354 ist als Zuschlag zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 (GOPen 01712 bis 01719), J1 (GOP 01720) und U7a (GOP 01723) für die Erbringung des Inhalts der Entwicklungsuntersuchungen bei Vorliegen eines pathologischen Ergebnisses einer Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung dieses Zuschlags nur möglich ist, wenn zuvor eine Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt und abgerechnet wurde.

Sollte keine Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt worden sein, können die Einzelleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04351 (= Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung) und/oder 04353 (= Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung) abgerechnet 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

Korrekte Abrechnung – Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst

Im Quartal 1/2018 ist die Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst erstmalig mit der Abrechnung ausbezahlt worden. Die Förderung von Nachtschichten soll einen Anreiz für die Sicherstellung der Fahrdienste durch Übernahmen von Nachtschichten schaffen. Der im Honorarbescheid ausgewiesene Förderbetrag berechnet sich wie folgt:

- Zunächst werden alle pro Quartal im Dienstplan eingetragenen Fahrdienststunden von 0.00 bis 8.00 Uhr eines diensthabenden Arztes summiert und mit einer Vergütung von 52,- Euro pro Stunde multipliziert. Dieser Betrag steht als maximaler Förderbetrag für den betroffenen Arzt zur Verfügung.
- Anschließend werden alle eingereichten Leistungen (Honorarumsatz) des diensthabenden Arztes (zwischen 0.00 bis 8.00 Uhr) entsprechend dem Dienstplan summiert und gegen die maximale Höhe der Förderung gerechnet.
- Ist der Honorarumsatz kleiner als die maximale Höhe der Förderung, wird die Differenz als Förderbetrag ausbezahlt.

Bei einem Vergleich der abgerechneten Leistungen für Hausbesuche und Telefonberatungen und der durch die Vermittlungs- und Beratungszentrale der KVB tatsächlich vermittelten und erbrachten Leistungen für denselben Zeitraum haben wir Diskrepanzen festgestellt. Demnach haben einige diensthabende Ärzte zu wenige oder gar keine Leistungen in der Abrechnung angesetzt, obwohl Hausbesuche und Telefonberatungen von ihnen erbracht wurden.

Wir möchten Sie an dieser Stelle an Ihre berufs- und vertragsärztliche Verpflichtung erinnern, wonach Sie die von Ihnen erbrachten Leistungen gegenüber der KVB einreichen müssen. **Bitte achten Sie darauf, tatsächlich erbrachte Leistungen zukünftig vollständig in der Abrechnung anzusetzen.**

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

Die korrekte Auszahlung der Förderung setzt somit eine **vollständige Abrechnung aller erbrachten Leistungen** in den Nachtschichten voraus.

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entschieden, den am 5. April 2018 getroffenen Beschluss zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in der konsolidierten Fassung zu veröffentlichen (Änderung des Beschlusses vom 17. November 2017).

Dabei handelt es sich unter anderem um Impfungen ehrenamtlich Tätiger mit einem Expositionsrisiko gegen Hepatitis A und B. In der Neufassung der SI-RL werden Auszubildende, Praktikanten, Studierende und ehrenamtlich Tätige als Personen aufgeführt, für die gegebenenfalls eine berufliche Indikation für eine Hepatitis A und/oder Hepatitis B-Impfung infrage kommen kann. In der Regel wird der Arbeitgeber (nicht die GKV) für diese Impfungen verantwortlich sein (siehe Verordnung Aktuell „Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2016“ vom 21. August 2017 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*).

Alle weiteren Inhalte des Beschlusses vom 17. November 2017 (online zu finden unter <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3133/>) werden bis zur gerichtlichen Klärung vorbehaltlich weiterer aufsichtsrechtlicher Maßnahmen zurückgestellt.

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

FAQ zu Heilmitteln

Die FAQ zur Ergotherapie, zur Physikalischen Therapie und zum besonderen Verordnungsbedarf sowie langfristigen Heilmittelbedarf wurden um die Information ergänzt, dass ZN1 beziehungsweise EN1 längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (= 18. Geburtstag) zu verwenden sind. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres verwenden Sie bitte ZN2 beziehungsweise EN2.

Ausschlaggebend ist das Alter Ihres Patienten am Tag der Ausstellung der Verordnung. Die FAQ zum besonderen Verordnungsbedarf und langfristigen Heilmittelbedarf wurden zusätzlich um diese Frage/Antwort ergänzt:

„Handelt es sich bei der Diagnose ‚Lymphödem‘ um einen langfristigen Behandlungsbedarf gemäß der Diagnoseliste?“

Ein Lymphödem ab Stufe II wird in der Diagnoseliste aufgeführt. Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf, auch administrativ bei den Krankenkassen, ist, dass der korrekte ICD-10-Code in Verbindung mit dem gelisteten Diagnoseschlüssel auf die Verordnung gedruckt wurde.

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

Vitamin D-Präparate auf Patientenwunsch

Vor dem Hintergrund der Berichterstattung über die Auswirkungen eines Vitamin D-Mangels werden Sie in der Praxis häufig mit dem Wunsch von Patienten nach einer Verordnung von Vitamin D-Präparaten konfrontiert.

Von der Substitution des Vitamin D (Vitamin D3, Colecalciferol) zum Ausgleich eines Mangels ist die Therapie mit Vitamin D-Analoga wie Alfacalcidol oder Calcitriol abzugrenzen. Diese verschreibungspflichtigen Präparate sind in den zugelassenen Anwendungsgebieten ordnungsfähig und wirtschaftlich, soweit Vitamin D3 erkrankungsbedingt nicht (mehr) verstoffwechselt werden kann. Dies umfasst insbesondere Erkrankungen, bei denen im Vitamin D-Metabolismus die 1-alpha-Hydroxylierung in der Niere beeinträchtigt ist, wie renale Osteodystrophie mit einem gestörten Calcium- und Phosphatstoffwechsel, wie sie als Folge von Nierenfunktionsstörungen ohne oder mit Dialysebehandlung sowie anfangs bei Zuständen nach Nierentransplantation auftreten kann.

In unserer Verordnung Aktuell „Vitamin D-Präparate zwischen Verordnungsfähigkeit und Patientenwunsch“ informieren wir Sie ausführlich zu diesem Thema.

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

DMP-Feedbackberichte für das erste Halbjahr 2018

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2018 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Anhand dieses Instruments erhalten alle koordinierenden Ärzte eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele.

Unter dem Button „Meine KVB“ auf der Startseite www.kvb.de kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Klicken Sie dazu auf das Auswahlfeld „Unterlagen einsehen“. Von dort kommen Sie direkt in das Aktenarchivsystem der KVB (SmarAkt). Wählen Sie hier unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20181“ für das erste Halbjahr 2018).

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55

E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Funktionen in „Meine KVB“ verbessert

Im Mitgliederportal „Meine KVB“ können Sie ab Mitte November über die Kachel „Dateien einreichen“ unser neues modernisiertes System zur Einreichung Ihrer Dateien nutzen. Sie haben dort wie gewohnt die Möglichkeit, Ihre Abrechnung sowie Dokumentationen hochzuladen. Jedoch wurden die Funktionen erweitert und vereinfacht. Ausführliche Informationen zur neuen Funktion „Dateien einreichen“ finden Sie in dieser KVB FORUM-Ausgabe auf Seite 34.

Zu Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Svenja Meyer unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 72
E-Mail Svenja.Meyer@kvb.de

FARKOR – Vertrag zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Kraft getreten

Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts FARKOR – „Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom“ möglich. Ziel des Projekts ist es, die Mortalität durch das kolorektale Karzinom für Versicherte im Alter von 25 bis unter 50 Jahren zu verringern. Teilnehmende Krankenkassen sind die AOK Bayern, der BKK Landesverband, die KNAPPSCHAFT und bestimmte Mitglieds-kassen des vdek (TK, BARMER, DAK-Gesundheit).

Die Vergütung der FARKOR-Leistungen erfolgt extrabudgetär. Bei dem Großteil der ärztlichen Leistungen wird die Vergütung durch eine eDokumentation automatisch ausgelöst, sodass kein aktives Ansetzen der EBM-Ziffern erforderlich ist.

Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einer niedergelassenen Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellten Hausärzte gemäß Paragraf 73 Absatz 1a SGB V, mit Ausnahme von Kinder- und Jugendärzten. Ferner folgende Facharztgruppen: Fächärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (SP), Internisten mit SP Gastroenterologie, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen, Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie, Humangenetiker, Pathologen, Laborärzte sowie Vertragsärzte, die bestimmte EBM-Leistungen (01737, 01738, 01741, 01742, 13423, 01743, 13421, 13422) abrechnen dürfen.

Bei Interesse finden Sie weitere Informationen zur Vereinbarung, den Teilnahmevoraussetzungen sowie zur Teilnahmeerklärung, der Vergütung und den teilnehmenden Krankenkassen sowie zur Evaluation unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/F/FARKOR*.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

DMP – Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Koordinierenden Ärzten im Rahmen der Disease Management Programme bieten wir 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, wobei jeder Referent sein besonde-

res Augenmerk auf ein spezielles Thema aus der jeweiligen Indikation richtet.

Wichtig: Die Teilnahme an speziell 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.

Sie können diese Fortbildung auch online durchführen unter www.curacampus.de.

Zielgruppe

Ärzte, die an einem Disease Management Programm (DMP) teilnehmen

Themenschwerpunkte

- DMP Asthma/COPD
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzkrankheit

Referenten

Externe Referenten

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

Seminarzeiten

21. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg/KVB
8. Dezember 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Weitere Termine finden auch im Jahr 2019 statt.

Neues Seminar für Praxisinhaber

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

In diesem Seminar werden Ihnen die Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte und Psychotherapeuten (GOÄ) und die fachgruppen-

spezifischen Feinheiten der privatärztlichen Abrechnung für den Bereich Psychotherapie vorgestellt.

Daneben werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie mögliches Honorarpotenzial gewinnbringend genutzt

werden kann, mit dem Ziel, die GOÄ korrekt und vollständig anzuwenden.

Zielgruppe

Psychotherapeuten

Themenschwerpunkte

- Aufbau der GOÄ
- Wichtige Paragraphen als Grundlagen
- Private Kostenträger im Überblick
- Ersatz von Auslagen
- Analoge Bewertungen/Faktorerhöhungen
- Abschnitt B – Grund- und allgemeine Leistungen
- Abschnitt G – Psychotherapie – Grundlagen der Abrechnung
- Rechnungsstellung nach GOÄ
- Kostenerstattung

Referenten

Externe Referentin

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

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

Seminararten		
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen		
26. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
11. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
17. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
2. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
16. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
17. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB

Seminararten		
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen		
16. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
26. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
27. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
5. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
10. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB

Seminararten		
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen		
23. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
28. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
25. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
16. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2019

Die Seminartermine werden voraussichtlich ab Mitte November 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche (Details und Online-Anmeldung)* veröffentlicht. Die Seminarbroschüren 2019 versenden wir Anfang Dezember 2018 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 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: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Asthma-COPD

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

Fachseminare

Hautkrebsscreening

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 4

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		19. Dezember 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Psychotherapeuten	95,- Euro	8. Dezember 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Dezember 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Dezember 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
		8. Dezember 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	16. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	12. Dezember 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Dezember bis 15. Dezember 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	17. November und 24. November 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		8. Dezember und 15. Dezember 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	15. Dezember 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	24. November 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	12. Dezember 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	5. Dezember 2018	17.00 bis 20.45 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**Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

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- und Abgeberforum

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Grenzen setzen – Grenzen achten

Konfliktmanagement

Motivierte Mitarbeiter als Erfolgsfaktor

Patientengespräche zielgerichtet führen

Praxismarketing als Teamaufgabe

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Start-Up ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Telefontraining für die Praxis

Telefonieren in der Praxis – Auffrischung und Vertiefung

Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	14. November 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		5. Dezember 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Poolärzte	kostenfrei	13. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		30. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	10. November 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		10. November 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		1. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
		8. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	30. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth

KVBBINFOS 12|18

ABRECHNUNG

- 174 Die nächsten Zahlungstermine
- 174 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018
- 176 HVM ab 1. Januar 2019 und Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2019
- 177 Neugestaltung des Check-up 35
- 178 Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus bald GKV-Leistung
- 178 H2-Atemtest einmal am Tag berechnungsfähig
- 179 Darmkrebs-Früherkennung als organisiertes Programm – Koloskopie für Männer schon ab 50 Jahren

VERORDNUNG

- 180 Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA
- 181 Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika
- 181 Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar
- 181 Valsartan und Irbesartan: Rückrufe bei Arzneimitteln
- 182 Fluorchinolone – Risikobewertungsverfahren
- 182 FAQ zur häuslichen Krankenpflege
- 182 Indikationsspektrum psychiatrische Krankenpflege
- 183 Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
- 183 Rahmenvertrag „Ernährungstherapie“ geschlossen

QUALITÄT

- 184 Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung

ALLGEMEINES

- 186 Anfragen des Medizinischen Dienstes
- 187 „Gesund schwanger“

SEMINARE

- 188 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 189 Neues Seminar für Praxismitarbeiter
- 192 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2018
Abschlagszahlung November 2018

Zahlungstermine 2019

11. Januar 2019
Abschlagszahlung Dezember 2018

31. Januar 2019
Restzahlung 3/2018

11. Februar 2019
Abschlagszahlung Januar 2019

11. März 2019
Abschlagszahlung Februar 2019

10. April 2019
Abschlagszahlung März 2019

30. April 2019
Restzahlung 4/2018

10. Mai 2019
Abschlagszahlung April 2019

11. Juni 2019
Abschlagszahlung Mai 2019

10. Juli 2019
Abschlagszahlung Juni 2019

31. Juli 2019
Restzahlung 1/2019

12. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2019

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2018 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Januar 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ 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 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 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 (Kassennummern 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 „Meine KVB“ unter der Kachel „Dateien einreichen“ ein 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

HVM ab 1. Januar 2019 und Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2019

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird ab 1. Januar 2019 unverändert fortgeführt. Damit wird die bestehende HVM-Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) beibehalten. Fortgeführt wird auch die Systematik mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

schlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Unter www.kvb.de finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen entsprechenden Link zur Internetseite der KBV.

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

Sie finden die **kalkulatorischen Fallwerte 2019 ab Anfang Dezember 2018** unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie ebenfalls ab Anfang Dezember unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19*. Hier sind auch die Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ eingestellt.

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

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – KBV) zu beachten. Diese sind auf der Internetseite der KBV veröffentlicht unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen beziehungsweise entsprechende (Änderungs-) Be-

Neugestaltung des Check-up 35

Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up 35“) neu zu regeln. Neben der Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten sollen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zukünftig gesundheitliche Risiken und Belastungen des Patienten noch stärker erfasst und bewertet werden, um Erkrankungen rechtzeitig vorbeugen zu können. Der Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 zur Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ist am 25. Oktober 2018 in Kraft getreten. Änderungen gibt es bei den Inhalten des Check-up, der Altersgrenze und den Untersuchungsintervallen.

Wesentliche inhaltliche Änderungen

Anamnese

- Die bisherige Fokussierung auf bestimmte Zielerkrankungen (Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit) wurde aufgegeben.
- Insbesondere bezüglich Brustkrebs, Darmkrebs und das maligne Melanom sollen gegebenenfalls über das erhöhte Risiko aufgeklärt werden.
- Mittels Risk-Charts sollen kardiovaskuläre Risiken systematisch erfasst werden, wenn dies aus ärztlicher Sicht angezeigt ist.
- Der Impfstatus auf der Grundlage der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ist standardmäßig zu erfassen.

Laboruntersuchungen

- Die Blutuntersuchung wurde auf das vollständige Lipidprofil erwei-

tert (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride).

- Weiterhin Untersuchung auf Nüchternplasmaglukose sowie Urinstix-Untersuchung (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) notwendig.
- Bei jüngeren Versicherten zwischen 18 und 34 Jahren sind die Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil (zum Beispiel positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck) durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.

Beratung

- Die Beratung erhält insgesamt mehr Gewicht. Die Patienten sollen motiviert werden, mehr für ihre Gesundheit zu tun.
- Es soll eine risikoadaptierte Beratung und Aufklärung erfolgen, insbesondere auch über das anhand von Risk-Charts ermittelte kardiovaskuläre Risiko und möglicher Minimierungsstrategien.
- In Abhängigkeit vom Impfstatus soll zur Nachimpfung motiviert werden.

Dokumentation

- Ergebnisse des Check-up müssen nicht mehr auf dem Formular 30 („Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung“) dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.

Altersgrenzen und Intervalle der Gesundheitsuntersuchung

- Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren haben künftig nur noch alle drei (statt bisher alle zwei Jahre) Anspruch auf die Untersuchung.
- Jüngere Versicherte zwischen 18

bis 34 Jahren können einmalig den Check-up durchführen lassen (Einschränkungen bei Laboruntersuchungen, siehe oben).

Abrechnung erst nach Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss

Nach dem Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie hat der Bewertungsausschuss **nun sechs Monate Zeit, um über die Anpassung der Vergütung im EBM zu verhandeln**. Erst wenn darüber entschieden ist, können Vertragsärzte die neue Gesundheitsuntersuchung durchführen und zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie unter www.g-ba.de in der Rubrik 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

Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus bald GKV-Leistung

Für Patienten mit Keratokonus steht künftig die Hornhautvernetzung mittels Einsatz von Riboflavin (Vitamin B2) und UV-A Bestrahlung als neue Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Juli 2018 eine entsprechende Aufnahme in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss ist am 12. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Anwendung findet die Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus und subjektiver Sehverschlechterung, sobald ein progredientes Fortschreiten der Erkrankung diagnostiziert wurde.

Zur Durchführung berechtigt sind nur Fachärzte für Augenheilkunde. Weiterhin ist festgelegt, dass für die Indikationsstellung zwei Messungen der Hornhautbrechkraft erfolgen müssen, die entweder mit demselben Messgerät durchgeführt werden oder mit Messgeräten, deren Messungen vergleichbar sind.

Abrechnung erst nach Aufnahme der Leistung in den EBM möglich

Die Hornhautvernetzung einschließlich der Topographie der Hornhaut und die Tomographie zur Diagnostik und Indikationsstellung können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn die entsprechenden Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistungen 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 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

H2-Atemtest einmal am Tag berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 02401 EBM für den H2-Atemtest ist nur einmal am Tag berechnungsfähig. Die für die Untersuchung notwendigen mehreren Probenentnahmen, mehreren Messungen der H2-Konzentrationen sowie die zeitbezogene Dokumentation der Messergebnisse sind obligater Leistungsinhalt der GOP 02401.

Die Leistung ist zwar je Testsubstanz berechnungsfähig, allerdings muss der Patient je Test nüchtern sein, so dass eine mehrfache Berechnung der GOP 02401 – auch in unterschiedlichen Sitzungen – am gleichen Tag ausgeschlossen 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

Darmkrebs-Früherkennung als organisiertes Programm – Koloskopie für Männer schon ab 50 Jahren

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, für die es von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen gibt, sollen nach dem Willen des Gesetzgebers als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher eine Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme beschlossen und als erstes Programm im Rahmen dieser Richtlinie die Darmkrebsfrüherkennung umgesetzt. Der Beschluss ist am 19. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Programminhalte

Wie bisher kann die Früherkennung entweder durch einen immunologischen Test auf sichtbares Blut im Stuhl (iFOBT) oder durch eine Koloskopie erfolgen. Männer haben neu künftig bereits ab 50 Jahren (statt 55 Jahren) Anspruch auf eine erste Früherkennungskoloskopie, da sie ein höheres Risiko als Frauen haben, an Darmkrebs zu erkranken.

Im Einzelnen:

- Männer im Alter von 50 bis einschließlich 54 Jahren können zwischen einem jährlichen iFOBT oder einer Koloskopie wählen.
- Frauen können im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich einen iFOBT durchführen lassen. Einen Anspruch auf die Früherkennungskoloskopie haben Frauen wie bisher erst ab 55 Jahren.
- Ab 55 Jahren besteht für Frauen und Männer alle zwei Jahre Anspruch auf einen iFOBT, solange noch keine Früherkennungskoloskopie in Anspruch genommen wurde.
- Nach der Durchführung einer Früherkennungskoloskopie be-

steht ein Anspruch auf eine erneute Früherkennungsmaßnahme (iFOBT oder Koloskopie) erst nach zehn Jahren. Wenn die Koloskopie von einem Patienten erst ab dem Alter von 65 Jahren wahrgenommen wird, besteht insgesamt Anspruch auf eine Früherkennungskoloskopie.

- Bei positivem iFOBT besteht ein Anspruch auf eine Abklärungskoloskopie.

Kurative iFOBT oder kurative Koloskopien können selbstverständlich nach wie vor bei medizinischer Erfordernis zu jedem Zeitfenster veranlasst oder erbracht werden.

Organisiertes Programm

Die Richtlinie sieht eine regelmäßige Einladung der Versicherten durch die Krankenkassen vor, im Allgemeinen regelhaft bei Erreichen eines bestimmten Anspruchsalters und anschließend in programmspezifisch definierten Intervallen. Die Einladung soll Informationen über die Organisation und den Ablauf des Programms, Nutzen und Risiken der Früherkennungsuntersuchung, personenbezogene Datenverarbeitung und Ausgestaltung der Widerspruchsrechte enthalten. Voraussetzlicher Starttermin für das entsprechende Einladungsverfahren durch die Krankenkassen ist Juli 2019.

Zur Programmbeurteilung (Evaluation) werden elektronische Dokumentationen der Ärzte, der Krankenkassen und der klinischen Krebsregister einbezogen. Die bisherigen Regelungen zur Dokumentation nach der bestehenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie des G-BA (Koloskopie und Sammelstatistiken zum iFOBT) gelten bis zum 1. Januar 2020 be-

ziehungsweise bis zur Inkraftsetzung der neuen Dokumentation.

Abrechnung erst nach Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss

Die Regelungen zum organisierten Darmkrebs-Screening-Programm sind erst nach Ablauf von sechs Monaten ab Inkrafttreten der neuen Richtlinie umzusetzen, um dem Bewertungsausschuss Zeit für entsprechende Beratungen zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu geben. Eine Übergangsregelung stellt sicher, dass bisherige Leistungen zur Früherkennung von Darmkrebs gemäß der jetzigen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) solange gelten, bis eine Anpassung des EBM für ärztliche Leistungen an die Inhalte der neuen Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) erfolgt ist.

Sobald die Anpassung des EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie unter www.g-ba.de in der Rubrik 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

Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA

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

Zur Anlage I, OTC-Übersicht:

- Aufnahme der Glukokortikoid-haltigen Nasensprays

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- myVISC Hyal 1.0 – Änderung der Befristung auf 1. Juli 2023
- TP SalineFlush™ – Aufnahme
- ALCON BSS – Änderung der Befristung auf 14. Dezember 2021

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Rituximab-haltige Arzneimittel beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines weiteren pharmazeutischen Unternehmers

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 3. Quartal 2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten.

- Allogene, genetisch modifizierte T-Zellen
- Atezolizumab Evolocumab – Neubewertung aufgrund Änderung der Zulassung
- Benralizumab
- Bezlotoxumab
- Bosutinib – Aufhebung der Befristung
- Brentuximab Vedotin – neues Anwendungsgebiet: CD30+ kutanes T-Zell-Lymphom (CTCL)
- Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid – neues Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, Patienten ab sechs Jahren
- Emicizumab
- Fluticasonfuroat/Umeclidinium/Vilanterol

- Glycerolphenylbutyrat
- Glycopyrroniumbromid
- Insulin glargin/Lixisenatid
- Ipilimumab – neues Anwendungsgebiet: zur Behandlung von fortgeschrittenen Melanomen bei Jugendlichen ab zwölf Jahren
- Ixekizumab – neues Anwendungsgebiet: Psoriasis-Arthritis
- Letemovir
- Lumacaftor/Ivacaftor – neues Anwendungsgebiet: Patienten ab sechs Jahren
- Ocrelizumab
- Olaparib – Aufhebung der Befristung
- Palbociclib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Patiromer
- Pembrolizumab – Neubewertung aufgrund Änderung der Zulassung
- Sonidegib
- Trifluridin/Tipiracil – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika

Durch den Einsatz von Labordiagnostik soll die gezielte Verordnung von Antibiotika gefördert werden. Dafür wurde der EBM zum 1. Juli 2018 unter anderem um den Procalcitonin-Test erweitert. Es soll möglichst immer dann eine Laboruntersuchung veranlasst werden, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann. In allen anderen Fällen kann weiterhin eine kalkulierte Antibiotikatherapie verordnet werden – ohne vorherige Labordiagnostik.

Durch die Berichterstattung in einigen Fachmedien ist der Eindruck entstanden, dass vor jeder Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen eine Labordiagnostik notwendig ist und andernfalls Arzneimittelregresse drohen. Dem ist nicht so! Die Klarstellung des Erweiterten Bewertungsausschusses finden Sie in unserem Verordnung Aktuell „Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika“ 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

Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar

Das umsatzstärkste Präparat der letzten Jahre im deutschen Arzneimittelmarkt hat Konkurrenz bekommen: Für im Ziel 30 TNF α -Blocker sind ab sofort Biosimilars mit dem Wirkstoff Adalimumab verfügbar. Diese Verordnungen beeinflussen Ihre Zielerreichung positiv. Zum heutigen Zeitpunkt sind Einsparungen von bis zu 40 Prozent im Vergleich zum Original Humira® möglich. Studien zur Austauschbarkeit als Voraussetzung der Zulassung belegen vergleichbare Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zwischen Biosimilar und Original. In unserem Verordnung Aktuell „Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar“ vom 24. Oktober 2018 stellen wir Ihnen eine Übersicht der Biosimilars vor.

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

Valsartan und Irbesartan: Rückrufe bei Arzneimitteln

Eine aktuelle Liste aller von den Rückrufen betroffenen Chargen verschiedener Hersteller liegt nur den Apotheken über ihre Arzneimittelkommission beziehungsweise über direkte Meldung der Hersteller an die Apotheken vor. Um sicherzugehen, welcher Anbieter für die Versorgung mit Valsartan beziehungsweise Irbesartan noch zur Verfügung steht, wenden Sie sich deshalb bitte an die Apotheke Ihrer Wahl.

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

Fluorchinolone – Risikobewertungsverfahren

Fluorchinolone stehen aufgrund schwerwiegender und in sehr seltenen Fällen auch dauerhafter Nebenwirkungen seit Langem in der Diskussion. Im Rahmen des Neubewertungsverfahrens hat der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur nun empfohlen, den Gebrauch von Fluorchinolonen einzuschränken. Die unseres Erachtens nach wichtigste Einschränkung besteht darin, Fluorchinolone nicht mehr bei leichten und mittelschweren Infektionen inklusive unkomplizierter Zystitis, akuter Exazerbation der chronischen Bronchitis und chronischer obstruktiven Lungenerkrankung, akuten bakteriellen Rhinosinusitis und akuten Mittelohrentzündung anzuwenden, außer es sind keine anderen Therapiealternativen möglich.

In unserer Verordnung Aktuell „Fluorchinolone – Empfehlung des PRAC im Risikobewertungsverfahren“ vom 17. Oktober 2018 lesen Sie weitere Detailinformationen sowie den gesamten Wortlaut der Empfehlungen.

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

FAQ zur häuslichen Krankenpflege

Unsere FAQ zur häuslichen Krankenpflege haben wir um folgende Information ergänzt (Seite 7):

Obwohl Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege den Palliativpatienten schon vor der Einfügung der Leistungsziffer Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatienten) zur Verfügung standen, fand die ambulante Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen möchten, keine ausdrückliche Erwähnung in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie. Ziel ist es, den Hospiz- und Palliativgedanken stärker in der Regelversorgung zu verankern und die ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken.

Die FAQ stehen Ihnen auf unseren Verordnungsseiten im Internet zur Verfügung.

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

Indikationsspektrum psychiatrische Krankenpflege

Das Indikationsspektrum für psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) wird durch eine Erweiterung der Liste der Regelindikationen sowie einer Öffnungsklausel für weitere Indikationen breiter. Neu ist auch, dass nun der GAF-Wert angegeben werden muss. Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen.

Wichtig: Innerhalb von sechs Monaten wird der Bewertungsausschuss nun die bestehenden Abrechnungsziffern im EBM überprüfen. Erst dann kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Basis der geänderten Richtlinie verordnet werden. Bis dahin gelten die aktuellen Vorgaben der Richtlinie zur Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege fort.

In unserer Verordnung Aktuell informieren wir Sie im Detail über diesen Beschluss. Nachdem jetzt auch feststeht, dass das Muster 12 für die Verordnung der pHKP verwendet werden muss, haben wir das zum Anlass genommen, um unsere Ausfüllhilfe zu überarbeiten.

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

Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

Sogenannte Übertragungsanlagen sind nunmehr altersunabhängig zusätzlich zu anderen Hörhilfen verordnungsfähig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Hilfsmittel-Richtlinie entsprechend geändert. Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss nicht beanstandet hat, muss nun der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten entscheiden, inwieweit der Beschluss Auswirkungen auf den EBM hat. Erst dann können Übertragungsanlagen auch für Erwachsene verordnet werden.

In unserer Verordnung Aktuell „Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL)“ vom 6. November 2018 informieren wir Sie ausführlich über diese und weitere Änderungen.

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

Rahmenvertrag „Ernährungstherapie“ geschlossen

Die AOK hat mit den entsprechenden Berufsverbänden erstmals einen Rahmenvertrag für die Erbringung von ernährungstherapeutischen Leistungen geschlossen. Der Vertrag regelt beispielsweise Art und Umfang der Leistungen sowie deren Abrechnung und Vergütung. Er richtet sich nach den gemeinsamen Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands und ist rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 gültig.

Bitte beachten Sie: Seit dem 1. Oktober 2018 gibt es eine Leistungserbringerin zur Abgabe von Ernährungstherapie mit Sitz in München. Im Raum München ist ab sofort die Versorgung mit Ernährungstherapie gewährleistet und kann deshalb verordnet werden. Betroffene Patienten außerhalb Münchens empfehlen wir weiterhin in den aktuellen Versorgungsstrukturen zu lassen. Sobald sich die Situation ändert, werden wir Sie umgehend informieren. Das bisherige Verordnung Aktuell „Ambulante Ernährungstherapie seit 1. Januar 2018 verordnungsfähig“ haben wir entsprechend überarbeitet. Es steht Ihnen auf unserer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Ernährungstherapie* zur Verfügung.

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

Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 6. September 2018 Änderungen der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) zur Substitutionsbehandlung beschlossen, die erst mit ihrer Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Die MVV-RL wurde damit an die Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger angepasst. Für die substituierenden Ärzte bedeutet dies eine erhöhte Rechtssicherheit. Erleichterungen ergeben sich unter anderem durch den Wegfall einzelner Prüfungs- und Meldetatbestände. Die wesentlichen Änderungen sind im Folgenden dargestellt.

Präambel

Die Präambel wurde neu gefasst. Insbesondere wurde entsprechend der Richtlinie der BÄK festgelegt, dass die Opioidabhängigkeit eine schwere chronische Krankheit ist, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Gleichzeitig wurde die „Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel der Behandlung“ aus der Präambel gestrichen (Wegfall des Abstinenzparadigmas).

Therapieziele im Sinne Paragraf 27 SGB V, Indikationsstellung und Therapiekonzept (Paragraf 3)

■ Therapieziele

Die Therapieziele wurden in Paragraf 3 Absatz 1 und 2 neu formuliert und aus der Richtlinie der BÄK übernommen. Dazu gehören gesundheitsbezogene Ziele, wie die

Sicherstellung des Überlebens und die Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes, aber auch mittelbar erreichbare gesellschaftspolitische Ziele, die nicht Teil der Krankenbehandlung nach Paragraf 27 SGB V sind, wie die Reduktion der Straffälligkeit und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben. Alle aufgeführten Ziele sind nicht konsekutiv zu verstehen. Die Opioidabstinenz soll im Rahmen der ärztlichen Therapie zumindest angestrebt werden (vergleiche Paragraf 3 Absatz 4). Dazu sollen mit dem Patienten zielorientierte, motivierende Gespräche geführt werden, deren Ergebnisse dokumentiert werden.

■ Indikationsstellung

Die Regelungen zur Indikationsstellung wurden ebenfalls an den Wortlaut der BÄK-Richtlinie angepasst. Danach umfasst die Indikationsstellung für eine Substitutionsbehandlung die **Abklärung einer Opioidabhängigkeit**, die Berücksichtigung von Kontraindikationen und die jeweils individuelle Indikation des Patienten (vergleiche Paragraf 3 Absatz 5 und 6). Indikation für die Einleitung und Fortführung einer substitions-gestützten Behandlung ist eine Opioidabhängigkeit, die Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden ist. Für die Feststellung einer Opioidabhängigkeit ist die internationale Klassifikation psychischer Störungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision, German Modification [ICD-10-GM]) maßgeblich.

■ Therapiekonzept

Die Substitution kann wie bisher nur als Bestandteil eines umfassenden **Therapiekonzepts** durchgeführt werden. Die Regelungen zum Therapiekonzept wurden ebenfalls überarbeitet und der Richtlinie der BÄK angeglichen. So wurden die ärztlichen Maßnahmen, die bei Einleitung und – soweit indiziert – während einer Substitutionsbehandlung erforderlich sind, in Teilen neu formuliert (vergleiche Paragraf 3 Absatz 8): Künftig ist ein **Drogenscreening** Teil der eingehenden Untersuchung des Patienten. Darüber hinaus wurden die abzuklärenden Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen näher bezeichnet: „Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen, insbesondere kardialer, hepatologischer, pneumologischer und infektiöser Erkrankungen“. Weiterhin wurde ausdrücklich geregelt, dass die „Abklärung einer eventuell bestehenden Schwangerschaft“ und der „aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen unter Hinzuziehung der gegebenenfalls vorhandenen psychosozialen Betreuung“ erfolgen soll. Die Bestandteile des individuellen Therapiekonzepts (frühere Bezeichnung: „individueller Therapieplan“) sind weitgehend unverändert geblieben (vergleiche Paragraf 3 Absatz 9). Zur psychosozialen Betreuung (PSB) wurde – entsprechend der BÄK-Richtlinie – geregelt, dass diese dem Patienten regelhaft empfohlen werden soll.

Substitution mit Diamorphin

Die Vorschriften zur substitions-gestützten Behandlung mit Diamorphin (vergleiche Paragraf 3 Absatz 7, Absatz 9, Sätze 2 bis 4 und Absatz 11) sind inhaltlich unverändert geblieben.

Änderung der Vorgaben zur Dokumentation und Wegfall der Meldungen zu Substitutionsbeginn und -beendigung (Paragraf 6)

Die bisherigen Regelungen zur Dokumentation (früher: Paragraf 7 Absatz 1), unter anderem zur PSB (Angabe der durchführenden Stelle beziehungsweise Bestätigung durch diese, dass die PSB nicht erforderlich ist), wurden aufgehoben. Ebenfalls weggefallen ist die Pflicht zur Anzeige des Beginns und der Beendigung einer Substitution bei der KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse (früher: Paragraf 7 Absatz 2). Geblieben ist es hingegen bei der Meldepflicht zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (vergleiche Paragraf 4 mit Verweis auf Paragraf 5b Absatz 1 Satz 3 BtMVV).

Zur Dokumentation ist im neuen Paragraf 6 nur noch geregelt, dass deren Anforderungen sich gemäß Paragraf 5 Absatz 11 BtMVV nach den Vorgaben der BÄK-Richtlinie richten. Dort sind die Dokumentationsanforderungen unter Ziffer 7a) bis h) ausführlich geregelt. Es wird zwischen Dokumentationsanforderungen „vor und bei Einleitung einer Substitution“ beziehungsweise „im Rahmen der Erstellung des Therapiekonzepts und behandlungsbegleitend“ einerseits und Dokumentationsanforderungen zu einzelnen Tatbeständen andererseits („Take-Home-Verschreibung“, „Beendigung beziehungsweise Abbruch der Substitutionsbehandlung“, „Substitution in einer externen Einrichtung“, „Konsiliar- und Vertretungsregelung“, „Behandlung mit Diamorphin“) unterschieden.

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (Paragraf 7)

Die bisherige Vorschrift zu den Abbruchkriterien zur Substitution (vormals Paragraf 8) ist weggefallen. Dafür wurden die Kriterien zu Beendigung und Abbruch der Substitution im neuen Paragrafen 7 geregelt, in den die entsprechenden Regelungen der BÄK-Richtlinie (dort Ziffer 4.2) übernommen wurden. Es wird zwischen „regulärer Beendigung in Abstimmung mit dem Patienten“ und der „vorzeitigen Beendigung beziehungsweise Behandlungsabbruch“ unterschieden. An die vorzeitige Beendigung der Substitution werden hohe Anforderungen gestellt: Sie soll bei sich ergebenden schwerwiegenden Kontraindikationen, einem fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen, bei wiederholter und anhaltender Nichteinhaltung getroffener Vereinbarungen durch den Patienten oder dann erfolgen, wenn die Kommission im Rahmen der Stichprobenprüfung feststellt, dass die Voraussetzungen des Paragrafen 3 nicht oder nicht mehr vorliegen. Der Behandlungsabbruch setzt aufgrund des Gefährdungspotenzials für den Patienten stets eine sorgfältige Prüfung und Abwägung sowie – falls er unvermeidbar sein sollte – die Suche nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen voraus.

Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung (Paragraf 8)

Die Regelung zu den Stichprobenprüfungen (früher: Paragraf 9) wurde in zwei wesentlichen Punkten geändert:

■ Wegfall einzelner Prüfungstatbestände

Die bei Aufnahme der Substitution mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein sowie die bei unter 18-jährigen Patienten vorgesehenen Prüfungen der patientenbezogenen Dokumentationen sind aus datenschutzrechtlichen Gründen entfallen. Dasselbe gilt für die bislang bei allen Substitutionsbehandlungen mit Ablauf von jeweils fünf Behandlungsjahren festgelegten Prüfungen.

■ Regelprüfungen künftig nur noch pseudonymisiert

Die regelhaft durchzuführenden Stichprobenprüfungen der patientenbezogenen Dokumentationen wurden bis Ende 2018 ausgesetzt. Künftig müssen die patientenbezogenen Dokumentationen pseudonymisiert an die KV übermittelt werden (vergleiche Paragraf 8 Absatz 3 Satz 4). Das Pseudonymisierungsverfahren richtet sich nach dem Verfahren, das Ärzte auch bei der Übermittlung an das Substitutionsregister anwenden (vergleiche Paragraf 5b Absatz 2 BtMVV).

Einzelheiten zur Änderung der MVV-RL finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (früher BUB-Richtlinie)/ Beschlüsse/Beschluss vom 06.09.2018. Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger kann unter www.baek.de in der Rubrik Richtlinien/Substitutionstherapie und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unter www.gesetze-im-internet.de in der Rubrik Gesetze/Verordnungen/B/BtMVV abgerufen werden.

Anfragen des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) spielt in der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle. Ihm kommen in den gesetzlich bestimmten Fällen Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfkompetenzen (Paragraf 275 SGB V) zu. Für den Vertragsarzt bedeuten die Anfragen des MDK zusätzlichen Aufwand, sie werden häufig als lästige Bürokratie empfunden. Viele stellen sich daher die Frage, ob die Anfragen des MDK überhaupt beantwortet werden müssen.

Anfragen nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben

Rechtlich ist zu unterscheiden zwischen den Befugnissen der Krankenkassen, Auskünfte über den Versicherten beim Vertragsarzt einzuholen und den Befugnissen des MDK.

Welche Auskünfte die Krankenkassen beim Vertragsarzt einholen dürfen, ist näher in Paragraf 36 BMV-Ä und in der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 zum BMV-Ä) geregelt.

Der MDK ist nur **im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung** berechtigt, Auskünfte bei Vertragsärzten über Versicherte einzuholen. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall mit der Begutachtung beauftragt hat.

In welchen Fällen die Krankenkassen den MDK verpflichtend einschalten müssen, regelt Paragraf 275 Absatz 1 SGB V. Dabei ist der MDK zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähig-

keit, einzuschalten. Dies gilt gleichermaßen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Pflicht zur Auskunft

Nach den Paragrafen 73 Absatz 2 Nummer 9, 275, 276 Absatz 2 SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung des MDK Sozialdaten über ihre Patienten zur Verfügung zu stellen. Dabei wird in Bezug auf die Form der Anforderung und die Vergütung für den Vertragsarzt unterschieden zwischen einfachen Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen und dem ausführlichen Bericht an den MDK.

- Für **einfache Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse** etc. ist kein Vordruck vereinbart. Der MDK muss bei seiner Anfrage aber die Rechtsgrundlage (zum Beispiel Prüfungs- oder Beratungsauftrag nach Paragraf 275 SGB V) für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Vertragsarztes sowie den Zweck der von ihm erbetenen Auskunft im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung angeben. Eine Vergütung für diese Auskünfte steht dem Vertragsarzt in diesem Fall nicht zu. Werden allerdings die Auskunftsberechtigung und die einschlägige Rechtsgrundlage nicht genannt, ist es ratsam, diese Informationen vor einer Auskunftserteilung anzufordern.
- Für **ausführliche Berichte an den MDK** ist mit den Krankenkassen in Anlage 2 BMV-Ä (Vordruckvereinbarung) ein Vordruckmuster vereinbart (Muster 11). Dieses ist vom MDK bei der Anforderung des ausführlichen Berichts zu

verwenden. Der Vordruck enthält auch die Gebührenordnungsposition (GOP 01621 EBM), nach der der Bericht vergütet wird.

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

„Gesund schwanger“

Folgende Krankenkassen nehmen ab 1. Januar 2019 an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil:

- **BKK Linde**
- **BKK B. Braun Melsungen AG**

Bereits teilnehmende Krankenkassen:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb Heller*Index*Leuze
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die Bergische Krankenkasse
- Salus BKK
- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Melitta Plus

Eine aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen sowie Informationen und Formulare zum Herunterladen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Gesund schwanger*.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Einführung in den Arbeitsschutz

Entsprechend dem Arbeitsschutzgesetz (ArbeitschG) und Arbeitssicherheitsgesetz liegt die Verantwortung für den Gesundheits- und Arbeitsschutz beim Arbeitgeber. Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Arbeitsunfälle können durch präventive Schutzmaßnahmen abgewendet werden.

In diesem Seminar lernen Sie, wer an der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Praxis beteiligt ist und welche Aufgaben von den jeweiligen Personen übernommen werden.

Anhand einer Gefährdungsbeurteilung werden gemeinsam beispielhaft sichtbare und unsichtbare Gefahrenquellen in einer Praxis identifiziert, ihr Risiko eingeschätzt und

schließlich Maßnahmen aufgezeigt, wie diese behoben werden können.

Auf diese Weise werden Ihr Praxisteam und Ihre Patienten wirksam vor Arbeitsunfällen und Gesundheitsgefahren geschützt. Beispiele verdeutlichen, wie. Die Integration des Arbeitsschutzes in das praxisinterne Qualitätsmanagement fördert eine effiziente Arbeitsweise, trägt zum Praxiserfolg und einer Verbesserung des Gesundheitsmanagements Ihrer Praxis bei.

Zielgruppe

Praxisinhaber, Praxismitarbeiter, die mit dem Aufbau des Arbeitsschutzes in der Praxis beginnen

Themenschwerpunkte

- Was bedeuten Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Arztpraxis/im MVZ?

- Rechtliche Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Innerbetriebliche Arbeitsorganisation und Arbeitsschutzbetreuung nach DGUV 12
- Betrieblicher Beauftragter im Arbeitsschutz für die Arztpraxis
- Gefährdungsbeurteilung nach ArbeitschG, GefStoffV und BiostoffV
- Gefahrstoffe in der Arztpraxis
- Biostoffe in der Arztpraxis
- Medizinprodukte/Geräte und ihre Besonderheiten

Referenten

Erfahrene Arbeitsschutzexperten

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

Seminararten			
22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB	
5. Juni 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg/KVB	
3. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB	
9. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
20. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB	

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

Neues Seminar für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop für Praxismitarbeiter

Bei der Interpretation der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) und der Erstellung der Quartalsabrechnung kommt es in den Praxen immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten, die nicht auf Anhieb zu lösen sind. In diesem Workshop bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen und von den Erfahrungen der KVB-Berater zu profitieren.

Im Mittelpunkt stehen die individuellen Themen und Fragestellungen aus Ihrem Versorgungsbereich. Sie bringen Ihr Know-how mit ein und können von den Erfahrungen Ihrer Kollegen lernen. Unsere Experten unterstützen Sie dabei und gehen zielgerichtet auf Ihre Anliegen ein.

Zusammen mit Ihrer Anmeldung erhalten Sie einen **Fragebogen**. Da der Workshop auf diesen individuellen Fragestellungen aufgebaut wird, bitten wir Sie, uns Ihre persönlichen Fragen bis **spätestens acht Tage** vor Seminarbeginn an die auf der Anmeldebestätigung angegebene Faxnummer zu senden.

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Anästhesistische und Chirurgische Praxen

20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

Augenärztliche Praxen

22. Januar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
-----------------	---------------------	--------------

19. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
------------------	---------------------	--------------

21. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
------------------	---------------------	----------------

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

3. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
---------------	---------------------	---------------

8. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-------------	---------------------	--------------

22. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
--------------	---------------------	-------------

11. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-------------------	---------------------	--------------

Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
------------------	---------------------	--------------

20. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
---------------	---------------------	---------------

21. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
---------------	---------------------	----------------

2. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
---------------	---------------------	--------------

24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
--------------------	---------------------	--------------

Chirurgische Praxen

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
------------------	---------------------	-------------

Dermatologische Praxen

19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
---------------	---------------------	--------------

15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
--------------	---------------------	--------------

21. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
--------------	---------------------	--------------

10. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
---------------	---------------------	-------------

9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-----------------	---------------------	--------------

13. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
-------------------	---------------------	---------------

Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
9. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
7. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
22. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
29. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
11. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Gynäkologische Praxen

13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
4. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
2. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
8. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
27. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

HNO-Praxen

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
16. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
5. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
11. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
2. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
6. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Operative und Belegärztliche Praxen

9. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
3. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr

Orthopädische und Reha-Praxen

9. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

27. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
17. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
26. November 2019	10.00 bis 13.00 Uhr
27. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
3. Dezember 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
11. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Urologische Praxen

20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
10. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
10. Dezember 2019	14.00 bis 17.00 Uhr

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Hausärztliche Praxen

20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
3. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
3. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
23. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
4. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

31. Januar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
12. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
20. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
27. Februar 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB
3. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
2. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
9. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
23. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
17. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

Würzburg/KVB

Straubing/KVB

Nürnberg/KVB

Augsburg/KVB

Nürnberg/KVB

Straubing/KVB

München/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

München/KVB

Nürnberg/KVB

Augsburg/KVB

Würzburg/KVB

Bayreuth/KVB

Augsburg/KVB

München/KVB

Regensburg/KVB

Würzburg/KVB

Bayreuth/KVB

Nürnberg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Gynäkologische Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Januar 2019 19. Februar 2019 21. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Nürnberg Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019 20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Februar 2019 13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2019 12. Februar 2019 20. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg Würzburg Straubing Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Dezember 2018 20. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. März 2019 20. März 2019	10.00 bis 14.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	München Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019 20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Januar 2019 13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018 23. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Bayreuth

Themengebiet**DMP**

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fachseminare

Sicherheit beim Hausbesuch und im ÄBD

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 4

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Praxismanagement

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Grenzen setzen – Grenzen achten

Patientengespräche zielgerichtet führen

Praxismarketing als Teamaufgabe

Start-Up: Ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Februar 2019	9.00 bis 15.15 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	12. Dezember 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	100,- Euro	26. Januar 2019	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		1. Februar 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	München
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Poolärzte	40,- Euro	27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	26. Januar 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Regensburg
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	12. Dezember 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		6. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Würzburg
		27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. Februar 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	30. Januar 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Poolärzte	kostenfrei	13. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	9. Februar 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	9. Februar 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	1. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		6. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		6. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		13. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg

