

KVBIINFOS 10|16

ABRECHNUNG

- 150 Die nächsten Zahlungstermine
- 150 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016
- 152 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016
- 153 ASV-Abrechnungsvereinbarung ab 1. Juli 2016
- 153 Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2016

VERORDNUNG

- 154 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 155 Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 155 Mangelhafte Arzneimittelstudien
- 156 Gültigkeit von Verordnungen
- 156 Kontrazeptiva: Thrombose-risiko
- 156 Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen

QUALITÄT

- 157 Änderung Qualitäts-sicherungsvereinbarung Schmerztherapie
- 158 DMP-Feedbackberichte für das zweite Halbjahr 2016
- 158 Begehungen in Arztpraxen der Dermatologie
- 159 Begehungen in Arztpraxen: Informationen von KVB und KBV im Internet

IT IN DER PRAXIS

- 160 Statistiken über Praxis-verwaltungssysteme in Bayern

ALLGEMEINES

- 161 Chronikerbescheinigung – neues Formular Muster 55

SEMINARE

- 163 Expertengespräch
Ärztliche Leichenschau
- 163 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 164 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 165 Notfalltraining für das Praxisteam
- 166 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 10. Oktober 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraf 3 Absatz 3) gilt Folgendes:

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist,*
- *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Sammelerklärung

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

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

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

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

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:

Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, haben Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

Anders als bei der sonst erforderlichen Einreichung der handschriftlich unterzeichneten Sammelerklärung

bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen kurz dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

Herzkatheter – Vergütung des Mehraufwands für Qualitätssicherung

Zur Vergütung des Mehraufwands für die Maßnahmen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) bei Herzkatheter-Untersuchungen und perkutanen Koronarinterventionen wird eine neue Kostenpauschale in Kapitel 40 aufgenommen und die Gebührenordnungsposition 34291 geändert.

NEU: GOP 40306 – Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gemäß der Qesü-RL für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Preis B€GO 2,50 Euro

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der Qesü-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentationssoft-

ware, einschließlich deren Einrichtung, Updates, Export).

Geändert: GOP 34291 – Ergänzung des Leistungsinhalts und Höherbewertung

Die Qualitätssicherung gemäß der Qesü-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen. Diese beinhaltet die Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung, sowie das Aufklärungsgespräch. Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 34291 wird um 92 Punkte angehoben (neu: 3.227 Punkte).

Redaktionelle Änderungen

- Die Gebührenordnungsposition 06225 ist nur von konservativ tätigen Augenärzten abrechenbar. Zur Klarstellung, dass auch die Simultaneingriffe zu intraocularen Eingriffen der Kategorie X1 und X2 die Zuordnung zu operativ tätigen Augenärzten zur Folge haben, wurde die Gebührenordnungsposition 36358 (Zuschlag Simultaneingriff) ergänzend in Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM aufgenommen.
- Zur Angleichung der Abrechnungsausschlüsse bei den Leistungen für das patientenadaptierte Narkosemanagement nach den Gebührenordnungspositionen 31841 und 36841 an die Gebührenordnungspositionen 31840 und 36840 wurde die Gebührenordnungsposition 05370 (Narkose Schnitttbindung) in die zweite Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 31841 beziehungsweise 36841 aufgenommen.

Alle weiteren redaktionellen Änderungen zur Korrektur von Rechtschreibung und Grammatik bezie-

hungsweise zur Anpassung an die EBM-Systematik entnehmen Sie bitte dem oben genannten Beschluss des Bewertungsausschusses.

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

ASV-Abrechnungsvereinbarung ab 1. Juli 2016

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband auf Anpassungen der „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens“ verständigt.

An der Einreichung der ASV-Abrechnung ändert sich nichts. Neu sind unter anderem einheitliche Regelungen zu Abrechnungs- und Zahlungsfristen für alle ASV-Berechtigten beziehungsweise Krankenkassen. Folgende Änderungen treten rückwirkend zum 1. Juli 2016 in Kraft, also erstmals für die Abrechnung des dritten Quartals 2016.

- Für Rechnungen wurde eine Lieferfrist von sechs Monaten ab dem Ende des betreffenden Leistungsquartals eingeführt.
- Innerhalb der Lieferfrist können Krankenkassen vorläufige Kürzungen auf alle potenziell von der Abschlagsregelung betroffene, das heißt auf den Arzt- beziehungsweise Fachgruppenfall bezogene Gebührenordnungspositionen mit Anzahlbegrenzung, vornehmen.
- Nach Ablauf der Lieferfrist von sechs Monaten überprüft die Krankenkasse das Vorhandensein der Abschlagsregelung. Findet diese keine Anwendung, werden Gebührenordnungspositionen mit Anzahlbegrenzung je Arzt- beziehungsweise Fachgruppenfall nachvergütet.
- Eine Liste mit allen von der Abschlagsregelung betroffenen Gebührenordnungspositionen wird vom ergänzten Bewertungsausschuss bereitgestellt.
- Die Krankenkassen haben Rechnungen grundsätzlich spätestens drei Wochen nach Eingang zu bezahlen.

- Der bei öffentlich geförderten Krankenhäusern vorgesehene Investitionskostenabschlag entfällt aufgrund des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes.
- Durch die Änderungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes können neben Vertragsärzten auch Krankenhäuser die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der ASV-Abrechnung beauftragen.
- ASV-Teams können nur noch Kassenärztliche Vereinigungen mit der ASV-Abrechnung beauftragen oder direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Die privatärztlichen Verrechnungsstellen wurden vom Gesetzgeber als Möglichkeit gestrichen.
- Es sind Anpassungen bei Anlage 4 (Erkrankungsschlüssel) und Anlage 5 (Verzeichnis Pseudoziffern) vorgenommen worden.

Die „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V“ in der Fassung vom 1. Januar 2016 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)/Dokumente*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51
 E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 eine überarbeitete Fassung des Einladungsschreibens und des Merkblatts zum Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien beschlossen. Die Frauen werden im Einladungsschreiben und im Merkblatt ausdrücklich auf ihr Recht auf ein persönliches ärztliches Aufklärungsgespräch sowie auf die Möglichkeit der Abgabe einer Verzichtserklärung hingewiesen.

In Anpassung an die geänderten Inhalte hat der Bewertungsausschuss in seiner 382. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 das ärztliche Aufklärungsgespräch als eigenständige Gebührenordnungsposition 01751 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet und die notwendigen Folgeänderungen bei der Gebührenordnungsposition 01750 (Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings) vorgenommen.

NEU: GOP 01751 – Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening
 EBM-Bewertung 63 Punkte
 Preis B€GO 6,57 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig
- dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Zeitlich nicht nach der Röntgenuntersuchung nach GOP 01750 berechnungsfähig. Bei Abrechnung der GOP 01751 und 01750 am selben Behandlungstag sind die Uhrzeiten in der Abrechnung anzugeben.
- Nur vom Programmverantwortlichen Arzt oder einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammo-

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

graphie-Screening-Programms berechnungsfähig.

Geändert: GOP 01750 – Anpassung des Leistungsinhalts

Der bisherige obligate Inhalt „Ergänzende ärztliche Aufklärung“ wird gestrichen und durch die „Überprüfung der erfolgten ärztlichen Aufklärung oder Einholung des Verzichts auf eine ärztliche Aufklärung vor Erstellung der Mammographieaufnahmen“ ersetzt. Die „Ergänzende ärztliche Untersuchung“ wird als fakultativer Leistungsinhalt aufgenommen.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

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

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

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Evolocumab ist nicht verordnungsfähig, solange es mit Mehrkosten im Vergleich zu einer Therapie mit anderen Lipidsenkern (Statine, Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer) verbunden ist. Das angestrebte Behandlungsziel bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie ist mit anderen Lipidsenkern ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Für die Bestimmung der Mehrkosten sind die der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstehenden Kosten maßgeblich. Dies gilt nicht für Patienten

- mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft worden sind, oder
- mit heterozygot familiärer oder nichtfamiliärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin-Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung

(KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (zum Beispiel Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab muss durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte erfolgen.

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- Mit Ablauf des Datums 30. November 2015 der in Anlage V angegebenen Befristung der Verordnungsfähigkeit sind die Medizinprodukte „Macrogol 1 A Pharma[®]“, „Macrogol HEXAL[®]“ und „Macrogol Sandoz[®]“ nicht mehr verordnungsfähig und werden daher aus der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen.
- Aufnahme von „Kinderlax[®] elektrolytfrei“ – befristet bis 21. Oktober 2017

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegen-

über dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen.

Hier eine Übersicht der letzten im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Afamelanotid
- Brivaracetam
- Ibrutinib
- Mepolizumab
- Sacrobitril/Valsartan
- Tiotropium/Olodaterol – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Umeclidinium
- Vandetanib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer bis 1. Oktober 2020
- Vismodegib

Hintergrundinformationen erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Pentalong 50 mg hat eine Zulassung erhalten und wurde deshalb aus unserer Übersicht gestrichen. Trental Infusionskonzentrat wird nicht mehr hergestellt.

Bitte bedenken Sie den Verordnungs-ausschluss von durchblutungsfördernden Mitteln (Nr. 24 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie).

Unsere Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel (Stand: 9. August 2016) steht für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016* bereit.

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

Mangelhafte Arzneimittelstudien

Nach einer aktuellen Mitteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ruhen seit dem 11. August 2016 für weitere Generika die Zulassungen. Ursache hierfür sind Mängel in der Durchführung von relevanten Studien, die zur Zulassung der betroffenen Arzneimittel geführt haben.

Die ab 11. August 2016 gültige Liste sowie weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArM unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/semler.html.

Eine weitere Liste (Stand 21. April 2016) mit bereits seit 21. August 2015 ruhenden Zulassungen finden Sie unter <http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/g-l/GVK/gvk-bioscience-liste-am.html>.

Hinweise auf Gesundheitsgefahren für Patienten liegen bislang nicht vor.

Sollten Sie von verunsicherten Patienten aufgesucht werden, bei denen die Compliance gefährdet scheint, empfehlen wir Ihnen, eine neue Verordnung auszustellen. Unter der neuen Wirkstoffvereinbarung sind solche „Nachverordnungen“ aufgrund der Systematik der Wirkstoffziele (Quoten) nicht als unwirtschaftlich zu bewerten.

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

Gültigkeit von Verordnungen

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Formelles/Allgemein* finden Sie eine Übersicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Gültigkeiten von Verordnungen. Insbesondere für die Verordnung von beispielsweise Isotretinoin und Betäubungsmitteln ist die Gültigkeit der Verordnung zeitlich knapp gefasst.

Wie die in den Richtlinien aufgeführten Arbeitstage, Kalendertage und Werkzeuge zu unterscheiden sind, erklären wir ebenso in der Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ vom 9. September 2016.

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

Kontrazeptiva: Thrombose- risiko

Obwohl die gesundheitlichen Risiken grundsätzlich höher sind als bei den älteren Präparaten, wächst der Marktanteil der neueren Generationen der hormonellen (oralen) Kontrazeptiva (HK). Der Anteil von Kontrazeptiva mit höherem Risiko liegt in Bayern über dem Bundesdurchschnitt.

In unserem „Verordnung Aktuell“ „Gute Pille – böse Pille. Kontrazeptiva: Vier Generationen und das Thromboserisiko“, zu finden unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell/2016*, haben wir Ihnen wichtige Informationen zusammengestellt. Unter anderem sind dort der Rote-Hand-Brief, die Checkliste und die Patientinnenkarte verlinkt.

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

Fluoreszein SE Thilo® Augentropfen

Der Hersteller des Produkts hat bekannt gegeben, dass die Lieferunfähigkeit voraussichtlich bis Ende September 2016 anhält. Für den Zeitraum der Nichtverfügbarkeit können alternativ Fluoreszein Teststreifen für die Ophthalmologie über Sprechstundenbedarf bezogen werden. Neben der Teststreifen-Packung mit 300 Stück kann bei geringerem Bedarf auch eine Packung mit 100 Stück bestellt werden. In den Fällen, in denen zusätzlich zum Anfärben mit Fluoreszein eine Lokalanästhesie gewünscht und indiziert ist, steht Thilorbin® mit Fluoreszein und Oxybuprocain als Alternative zur Verfügung.

Ein Einzelimport von Fluoreszein Einzeldosen aus dem Ausland ist damit **nicht** über den Sprechstundenbedarf in Bayern für den Zeitraum des Lieferengpasses möglich.

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

Änderung Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Am 1. Oktober 2016 ist eine geänderte Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V in Kraft getreten. Im Wesentlichen wurden folgende Punkte geändert:

Fachliche Befähigung

Die fachlichen Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung wurden überarbeitet:

- Die nachzuweisenden **Patienten-beziehungsweise Untersuchungszahlen** wurden an die aktuellen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ angepasst, siehe Paragraf 4 Absatz 1 QSV.
- Das obligatorische **Eingangskolloquium** zur Erteilung der Genehmigung entfällt dann, wenn eine mündliche Prüfung bei der Ärztekammer zur Erlangung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ absolviert wurde und diese nicht länger als 48 Monate zurückliegt, siehe Paragraf 4 Absatz 3 Nummer 4 QSV.
- Die nachzuweisende ganztägige zwölfmonatige Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung kann künftig auch durch eine **Halbtags-tätigkeit** (mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit) nachgewiesen werden, siehe Paragraf 4 Absatz 3 Nummer 1 QSV. Die Gesamtdauer verlängert sich entsprechend.

Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung

Bei den Anforderungen an die schmerztherapeutische Versorgung wurden ebenfalls einzelne Regelungen

ergänzt beziehungsweise geändert:

- Neu ist der Hinweis, dass ein **multimodaler Therapieansatz** unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz frühzeitig geprüft werden sollte, siehe Paragraf 5 Absatz 1 QSV.
- Nach wie vor müssen an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden **schmerztherapeutische Sprechstunden** vorgehalten werden, siehe Paragraf 5 Absatz 2 QSV. Die Vorgabe bezieht sich jedoch künftig nicht mehr auf den Arzt, sondern auf die **Einrichtung**. Das bedeutet, dass die vorzuhaltenden Schmerz-sprechstunden auch auf mehrere Betriebsstätten (zum Beispiel Hauptbetriebsstätte und Filiale) aufgeteilt werden können.
- Wie bisher gilt, dass die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten soll, siehe Paragraf 5 Absatz 6 QSV. Jedoch steht die **Prüfung** von Fällen, in denen die zwei Jahre überschritten wurden, künftig **im Ermessen** der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Wenn eine solche Prüfung durchgeführt wird, kann die KV vom Arzt Angaben zu den entsprechenden Patienten sowie eine Stellungnahme anfordern und/oder ein Beratungsgespräch durchführen.

Einführung einer befristeten Dokumentationsprüfung

Neu ist die Regelung zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Paragraf 8 QSV. Sie betrifft ausschließlich Ärzte, denen ab dem 1. Oktober 2016 erstmalig eine Ge-

nehmigung nach der QSV Schmerztherapie erteilt wurde.

Nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen nach Erteilung der Genehmigung fordert die KV vom Arzt die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen nach dem Zufallsprinzip an. Die Dokumentationen werden durch die Qualitätssicherungskommission auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit geprüft. Sind mehr als zwei Dokumentationen mangelhaft, fordert die KV eine schriftliche Stellungnahme des Arztes an. Können die Auffälligkeiten nicht ausreichend begründet werden, muss der Arzt an einem Kolloquium teilnehmen. Ist die Teilnahme am Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

Ob diese Prüfung fortgeführt oder beendet wird, wird von den Partnern der Bundesmantelverträge erstmals 2020 auf Grundlage der Ergebnisse der bundesweit durchgeführten Prüfungen entschieden, siehe Paragraf 13 Absatz 2 QSV. Die Prüfungen werden automatisch beendet, wenn in einem Zweijahreszeitraum 90 Prozent oder mehr Ergebnismitteilungen aus allen KVn vorliegen und die Beanstandungsrate zehn Prozent oder niedriger ist. Die erste Auswertung der Ergebnisse erfolgt für die im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 durchgeführten Prüfungen.

Anforderungen an schmerztherapeutische Einrichtungen

Die Anforderungen an eine schmerztherapeutische Ausbildungseinrichtung wurden insoweit geändert, dass Einzelpraxen nur noch zehn und nicht wie bislang zwölf interdisziplinäre Schmerzkongresse pro Jahr

durchführen müssen, siehe Anlage I Nummer 4 QSV.

Übergangsregelung

Ärzte, die auf Basis der QSV Schmerztherapie in ihrer alten Fassung eine Genehmigung erhalten haben, behalten diese, siehe Paragraph 14 QSV.

Sie finden den Volltext der QSV auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Verträge/Qualitätssicherung/Schmerztherapie-Vereinbarung.

DMP-Feedbackberichte für das zweite Halbjahr 2016

Die Feedbackberichte des ersten Halbjahres 2016 für DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) aus den DMP-Dokumentationen sind erstellt. Alle am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte erhalten dadurch eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele, auch im Vergleich zu ihren bayerischen Kollegen.

Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Akten-typ“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein, zum Beispiel „20161“ für das erste Halbjahr 2016.

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

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

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

Begehungen in Arztpraxen der Dermatologie

Seit September 2016 überwacht die Bayerische Gewerbeaufsicht im Rahmen einer sogenannten anlassunabhängigen Schwerpunktaktion stichprobenartig Arztpraxen von niedergelassenen Dermatologen in ganz Bayern. Bei den Vor-Ort-Begehungen wird insbesondere die hygienisch einwandfreie Aufbereitung von Instrumenten und anderen Medizinprodukten überprüft. Wichtige Rechtsgrundlagen für diesen Bereich sind:

- Medizinproduktegesetz (MPG)
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPG-VwV)

Die Rechtsgrundlagen definieren und regeln dabei die grundsätzlichen Anforderungen. Diese werden fachlich präzisiert durch die gemeinsame Empfehlung der zuständigen Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (Bundesgesundheitsblatt, Oktober 2012). Die Gewerbeaufsicht hat vor Beginn der geplanten Begehungen aber bereits darauf hingewiesen, dass die Aufsichtsbeamten in den Arztpraxen neben der Aufbereitung auch andere rechtlich geregelte Anforderungen an Hygienemanagement und Infektionsprävention überprüfen können, zum Beispiel auch aus den Bereichen Arbeits- und Personalschutz. Das Auftrag gebende Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz hat in Bezug auf die Überwachung festgestellt, dass

Begehungen in Arztpraxen: Informationen von KVB und KBV im Internet

die Gewerbeaufsichtsbeamten dabei auch beratend zur Verfügung stehen. Prinzipielle Fragen können an das überregional zuständige Kompetenzzentrum „Betreiben von Medizinprodukten“ am Gewerbeaufsichtsamt bei der Regierung von Schwaben gerichtet werden (E-Mail: gaa@reg-schw.bayern.de).

Hilfreiche Informationen, Verlinkungen und Unterlagen – wie die KVB-Broschüren zu Hygienemanagement und Aufbereitung zum Selbstausdrucken – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Hygiene und Medizinprodukte* und auf den weiteren nachgeordneten Themen-Webseiten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 oder – 3 19
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de
 oder
 Dr. med. Lutz Bader
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
 E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

Anfang 2016 hat die Bayerische Gewerbeaufsicht bereits Begehungen in Arztpraxen von niedergelassenen Gynäkologen durchgeführt, seit September auch bei Dermatologen. Für die Zukunft ist mit Stichproben-Überprüfungen von weiteren Fachgruppen zu rechnen. Nachdem die Überwachungsschwerpunkte bei den verschiedenen Arztgruppen in der Regel weitgehend ähnlich sind, haben wir als Serviceangebot Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Hygiene und Medizinprodukte/Begehungen in Arztpraxen* für Sie zusammengestellt.

Dort finden Sie aktuelle Meldungen und Hinweise zu angekündigten oder bereits abgeschlossenen Schwerpunktaktionen der Aufsichtsbehörden, um sich und Ihre Praxis auf eine anstehende Begehung gut vorbereiten zu können. So wird beispielsweise die jeweils verwendete oder vorgesehene „Checkliste“ beziehungsweise eine Auflistung von Themen der Überwachung – wie jetzt für die dermatologischen Praxen – eingestellt.

Darüber hinaus werden für Begehungen nützliche Verlinkungen angeboten. So zum Beispiel zu einer seit August zur Verfügung stehenden neuen Themenseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Thema Hygiene und Medizinprodukte in Arztpraxen. Im Zentrum dieser neuen KBV-Webseite steht der Selbsttest „Mein PraxisCheck Hygiene“ und eine umfangreiche Linkliste zu allen wichtigen Themen des Hygienemanagements. Diese Liste wird regelmäßig aktualisiert und ergänzt und soll dadurch zu einem wachsenden Nachschlagewerk für die niedergelassenen Ärzte und ihr Praxispersonal werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 oder – 3 19
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de
 oder
 Dr. med. Lutz Bader
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 34 77
 E-Mail Lutz.Bader@kvb.de

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie bereits in der Vergangenheit – zuletzt in den KVB INFOS, Ausgabe 04/2016 – möchten wir Ihnen an dieser Stelle wieder die aktuellen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB zur Verfügung stellen und Sie über den größten Zu-

wachs der Installationszahlen der letzten zwölf Monate informieren.

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

genannten Anbieters in einem Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2015 wurden insgesamt 18.369 Installationen vermerkt, im Quartal 2/2016 waren es 18.470. Zur Jahresmitte 2016 waren insgesamt 115 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2015 zu 2/2016
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.396	18,39%	+147
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.526	13,68%	-12
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.729	9,36%	-52
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.608	8,71%	-16
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	959	5,19%	-25
6	ALBIS	CompuGroup Medical	903	4,89%	-17
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	848	4,59%	0
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	633	3,43%	-36
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	584	3,16%	-36
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	459	2,49%	+5

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 2/2015 bis 2/2016	Installationen gesamt (Stand 2/2016)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+147	3.396
2	Med7	Bitron GmbH	+42	195
3	RescuePro	RescuePro Production GbR	+35	106
4	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+34	35
5	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+30	31
6	EPIKUR	Epikur Software & IT Service	+28	229
7	Elefant	HASOMED GmbH	+26	238
8	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+22	152
9	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+17	153
10	tomedo	zollsoft GmbH	+16	76

Chronikerbescheinigung – neues Formular Muster 55

Das Bescheinigen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß Paragraf 62 SGB V wird einfacher: Ab 1. Oktober 2016 gibt es ein neues Formular, mit dem Vertragsärzte die sogenannte Chronikerbescheinigung ausstellen können. Mit der Bescheinigung können Versicherte die Absenkung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen beantragen.

Gemäß „Chroniker-Richtlinie“ gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB oder die MdE festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit begründet sein müssen.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Diese Dauerbehandlung als therapiegerechtes Verhalten sowie das zusätzliche Merkmal sind zu belegen.

Die wichtigsten Neuerungen des neuen Musters 55

- Das neue Muster 55 ist deutlich übersichtlicher als der bisherige Vordruck. Die Zahl der Ausfüllfelder wurde auf das Nötigste reduziert. Angaben, die von Vertragsärzten als nicht sinnvoll kritisiert worden waren, sind weggefallen. Dadurch konnte die Größe des Musters von DIN-Format A4 auf A6 verkleinert werden.
- Auf dem neuen Muster gibt es keinen Ausfüllbereich mehr für

die Krankenkasse. In der Praxis hatte sich gezeigt, dass diese Felder nur selten genutzt wurden und die Patienten die Vordrucke meist ohne Angaben der Krankenkasse dem Arzt vorlegten.

- Anstelle der bisher kassenindividuellen Bescheinigungen gibt es einen einheitlichen Vordruck, den die Praxen künftig vorhalten müssen. Der Bezug erfolgt über den Kohlhammer-Verlag, Stuttgart. Dieser kann elektronisch mit der Praxisverwaltungssoftware aus-

The image shows the front side of the 'Muster 55' form. At the top right, it says 'Freigabe 08.07.2016'. The main title is 'Bescheinigung einer 55 schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V'. Below this, there are fields for 'Name, Vorname des Versicherten' and 'geb. am'. A section for 'behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)' includes three boxes for ICD-10 codes. There are checkboxes for 'Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich' with options 'ja', 'ja, voraussichtlich bis MMJJ', and 'nein'. A box at the bottom left contains a note about remuneration. A diagonal watermark 'Verbindliches Muster' is visible. At the bottom right, it says 'Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes' and 'Muster 55 (10.2016)'.

Das neue Muster 55: „Chronikerbescheinigung“ – Vorderseite

The image shows the back side of the 'Muster 55' form. The title is 'Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen'. It contains several paragraphs of text explaining the conditions for the certification and the required information. A section titled 'Angaben zum antragstellenden Versicherten' includes fields for 'Name, Vorname' and 'Geburtsdatum' (with a date selector). There are also fields for 'Krankenkasse' and 'Krankenversicherungsnummer'. A diagonal watermark 'Verbindliches Muster' is visible. At the bottom right, it says 'Freigabe 08.07.2016'.

Das neue Muster 55: „Chronikerbescheinigung“ – Rückseite

gefüllt oder alternativ per Blankoformularbedruckung erzeugt werden. Das handschriftliche Ausfüllen der durch die Krankenkassen oft vielfältig gestalteten Bescheinigungen entfällt somit zukünftig.

- Die behandlungsbedürftigen Dauerdiagnosen werden als ICD-10-Code angegeben.
- Auf der Rückseite des Formulars befindet sich ein Ausfüllbereich für den Patienten. Dort muss der Patient Angaben zum Antragsteller machen, wenn er den Antrag nicht selbst stellt. Dies kann der Fall sein, wenn zum Beispiel der Ehepartner den gemeinsamen Antrag bei seiner Krankenkasse einreicht. Diese benötigt die Angaben, um die Chronikerbescheinigung dem Antrag zuordnen zu können.

Abrechnungshinweise

Das Ausfüllen des Vordrucks Musters 55 ist bei Haus- und Kinderärzten mit den Chronikerpauschalen GOP 03220/03221 beziehungsweise GOP 04220/04221 abgedeckt. Voraussetzung zur Abrechnung der Chronikerpauschalen ist, dass im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patientenkontakt (zum Beispiel telefonisch) in derselben Praxis stattgefunden hat.

Von allen anderen Fachgruppen ist die Ausstellung des Musters 55 über die GOP 01610 berechnungsfähig.

Besonderheit Hausarztwechsel

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer le-

bensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat.

In diesem Fall muss der Hausarzt, der die Betreuung übernimmt, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patientenkontakte dokumentieren. Zur Dokumentation dieser vorausgegangenen Behandlung sind die Chronikerpauschalen mit dem Buchstaben H abzurechnen (GOP 03220H/03221H beziehungsweise GOP 04220H/04221H), solange bis die Voraussetzungen in eigener Praxis erfüllt sind.

Besonderheit Vertretungsfall

Anders verhält es sich hingegen im Vertretungsfall. Hier ist die Abrechnung der Chronikerpauschalen zwar generell möglich, jedoch müssen dabei sämtliche Vorgaben an die kontinuierliche Behandlung in der Vertreterpraxis selbst erfüllt sein (Arzt-Patientenkontakte wie oben beschrieben).

- Bitte beachten Sie, dass eine H-Kennzeichnung im Vertretungsfall nicht erforderlich ist.
- Bitte beachten Sie bei Ihrer Abrechnung in allen Fällen die Abrechnungsvoraussetzungen.

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

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Die Feststellung des Todes sowie die Leichenschau sind die letzten Dienste des Arztes am Patienten – oft unangenehm, aber gesetzlich wichtig und verpflichtend. Die Frage, ob der Tod durch eine natürliche oder nicht natürliche Ursache eingetreten ist, bereitet nicht selten Probleme. Für die eindeutige Todesfeststellung und die Klassifizierung der Todesursache ist lediglich das sichere Erkennen und Deuten von Todeszeichen von maßgeblichem Interesse.

Im Rahmen des Expertengesprächs Ärztliche Leichenschau wollen wir Sie wieder auf den aktuellen Stand bringen und Ihnen umsetzbare Ratschläge, Tipps und bewährte Hilfestellungen vermitteln. Anhand von typischen Fallbeispielen zeigen Experten Probleme und Anwendungen der Rechtsgrundlagen zur Leichenschau auf. Darüber hinaus informieren die Referenten aus juristischer Sicht über formale Fehler und die Folgen fehlerhafter Leichenschauen. Rechtsmediziner, eine Amtsärztin und ein Staatsanwalt stellen sich gerne Ihren Fragen.

Das Expertengespräch Ärztliche Leichenschau findet am Mittwoch, den 23. November um 17.00 Uhr im Konferenzbereich der KVB (5. Stock), Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt. Die Teilnahme ist für Sie kostenfrei. Sie erhalten von der Bayerischen Landesärztekammer Fortbildungspunkte.

Bitte melden Sie sich für diese Veranstaltung bis zum 10. November 2016 verbindlich an unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

Sie können uns Ihre Anmeldung auch per Fax an 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20 zusenden.

Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

Forderndes, aggressives und sogar gewalttätiges Verhalten gegenüber Ärzten kommt leider häufiger vor als gemeinhin angenommen. Gerade bei Hausbesuchen, zum Beispiel im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, ereignen sich immer wieder schwierige Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

Stellen Sie sich auf potenziell gefährliche Situationen ein und lernen Sie, diese bereits im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Üben Sie, deeskalierend zu kommunizieren und trainieren Sie realistische Eigenschutztechniken.

Themenschwerpunkte

- Prävention, Risikominimierung
- rechtliche Grundlagen
- Aufnahme und Analyse von auffälligem Verhalten
- verbale Deeskalation
- Eigenschutztechniken – einfach anzuwenden
- praktische Übungen (bitte entsprechende Kleidung berücksichtigen)

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminar-konzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen ärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2015)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- Reanimationstraining (BLS/ALS) an Simulatoren in Kleingruppen, individuelle Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 10
Teilnahmegebühr: 90,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 26. November 2016
KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- typische Akut- und Notfälle bei Kindern, Fallbesprechungen
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

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

Termine Modul III:

- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitschaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Not-

fälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung

- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildungspunkte: 4

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

Termine Modul IV:

- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

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

Fortbildungspunkte: 6

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

Termine Modul V:

- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Notfalltraining für das Praxisteam

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Anforderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfallschulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte

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

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
(je Teilnehmer)

Termine

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

- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich unter
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder
auf www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2017

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr finden Sie voraussichtlich ab Mitte November unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche mit Online-Anmeldung*. Die Seminarbroschüren für 2017 erhalten die Praxen Anfang Dezember.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Kinderarztpraxen
Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen
Abrechnungsworkshop - Augenärzte
Abrechnungsworkshop - HNO
Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater
Abrechnungsworkshop - Urologen
Alles rund ums Arbeitsrecht
Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt
Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten
DMP - Brustkrebs für koordinierende Hausärzte
DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte
DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes - KHK
DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte
Einführung in den Arbeitsschutz
Gründer-/Abgeberforum
Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige fachärztliche Praxen
Hautkrebsscreening
Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten
Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren
Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren
Qualitätsmanagement für Einsteiger

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2016 27. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016 15. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Oktober 2016 9. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. November 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	München
DMP-Ärzte	80,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	80,- Euro	5. November 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	28. Oktober 2016 11. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Würzburg
DMP-Ärzte	95,- Euro	22. Oktober 2016 9. November 2016	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	15. Oktober 2016 15. Oktober 2016 22. Oktober 2016 22. Oktober 2016 12. November 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 9.30 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg Augsburg Bayreuth Regensburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Oktober 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	22. Oktober 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	26. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	15. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	22. Oktober 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. Oktober 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg

