

# KVBBINFOS 07|17

## ABRECHNUNG

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

## VERORDNUNG

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

## ALLGEMEINES

- 118 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

## SEMINARE

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

## Die nächsten Zahlungstermine

**10. Juli 2017**

Abschlagszahlung Juni 2017

**31. Juli 2017**

Restzahlung 1/2017

**10. August 2017**

Abschlagszahlung Juli 2017

**11. September 2017**

Abschlagszahlung August 2017

**10. Oktober 2017**

Abschlagszahlung September 2017

**30. Oktober 2017**

Restzahlung 2/2017

**10. November 2017**

Abschlagszahlung Oktober 2017

**11. Dezember 2017**

Abschlagszahlung November 2017

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

## Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. Juli 2017**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

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

**abgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

Die Gesamtversion finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Abrechnungskorrekturen“  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

**Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:**

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

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

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

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

**Sammelerklärung**

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.

Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

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

hin unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

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

**Anschrift für Briefsendungen:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
„Quartalsabrechnung“  
93031 Regensburg

**Anschrift für Päckchen/Pakete:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Yorckstraße 15  
93049 Regensburg

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht für Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse [Terminverlaengerung@kvb.de](mailto:Terminverlaengerung@kvb.de) oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

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

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

**Notarzteinsätze über emDoc**

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 8 80 88  
Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25  
E-Mail [emDoc@kvb.de](mailto:emDoc@kvb.de)

## Strukturreform Psychotherapie zum 1. Juli 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 396. Sitzung die Einführung eines neuen Vergütungssystems für Gruppentherapien und eine damit verbundene höhere Honorierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie mit Wirkung zum 1. Juli 2017 beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in einem gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

richtet sich die Abrechnung nach dem Stand des bewilligten Therapiekontingents:

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

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

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

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

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

**Kurzzeittherapie**

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

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

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

**Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**

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

**Besonderheit bei Gruppentherapien mit zwei Teilnehmern**

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

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

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

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

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

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

#### Rückwirkende Änderungen zum 1. April 2017

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

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

#### Anhang 3

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1, 35.2.2 und 35.2.3 werden in Spalte 1 als Abschlussleistung zur PFG mit „\*“ gekennzeichnet.

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

## Laborquote „Q“ für das dritte Quartal 2017

Für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine bundesweit anzuwendende Abstufungsquote „Q“ vorgegeben.

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

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

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

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

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

Zukünftig kann eine PET/CT zur Entscheidung darüber erfolgen,

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

oder

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

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

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

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

## Richtlinien über künstliche Befruchtung (ICSI)

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

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

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

Sie finden den Beschluss sowie die geänderten Richtlinien auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) in der Rubrik Informationen/Beschlüsse.

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



## Intraoperative Leistungen

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

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

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



## Verhaltensbezogene Primärprävention

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

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

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

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

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

## Häusliche Krankenpflege

### Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

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

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

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

### Medikamentengabe

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

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

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

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

## FAQs zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege

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

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

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

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

tungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung.

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

## Hepatitis-A-Impfung richtig verordnen

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

Indikationsimpfung zulasten der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) für

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

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

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

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

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

### Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2016

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

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

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

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

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

## Schulungsmaterial „Blaue Hand“

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

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

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

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

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

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

## Verordnungsfähigkeit bei Hörsturz und Tinnitus

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Orthonyxie-Therapie (Nagelspangen)

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Verordnung von Sehhilfen

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## Langfristiger Heilmittelbedarf

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

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

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

## Leistungsverordnungen durch Psychotherapeuten

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

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

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

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

## Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

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

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

Dokument in jeder Praxis vorgehalten wird.

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

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

## Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

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

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

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

## Seminar des Monats für Praxisinhaber

### Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

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

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

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

### Themenschwerpunkte

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

### Termine

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

### Speziell für Psychotherapeuten:

- 28. September 2017  
17.00 bis 20.00 Uhr  
KVB München

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

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

E-Mail [Seminarberatung@kvb.de](mailto:Seminarberatung@kvb.de)

#### Unsere Servicezeiten

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



## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis

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

### Informationen zu Seminaren

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

### Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11 / 9 46 67 – 7 23  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

### Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

### Gebühr

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

### Fortbildungspunkte

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

### Themengebiet

#### Abrechnung

Abrechnungsworkshop - Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop - Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop - Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop - Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop - Orthopädische und Reha Praxen

Abrechnungsworkshop - Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop - Urologische Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Prüfungen im Vertragsarztbereich

#### Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

#### DMP

DMP - Asthma - COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsf Fortbildung

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin - zweitägig

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin - zweitägig

Fortbildung für die psychoonkologischen DMP-Praxen - zweitägig

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		27. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juli 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		19. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		4. Oktober 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		26. September 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	20. September 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	4. Oktober 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	26. Juli 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Nürnberg
Poolärzte	kostenfrei	21. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	23. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	23. September 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	15. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		22. September 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. Juli 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
		30. September 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	16. und 23. September 2017	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	7. Oktober 2017	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		14. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. bis 9. September 2017	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	220,- Euro	8. bis 9. September 2017	13.15 bis 19.30 Uhr 9.00 bis 19.00 Uhr	München

**Themengebiet****Hygiene**

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

**IT und Online**

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

**Kooperationen**

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft für PT

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

**Praxisführung**

Praxisführung in der PT-Praxis - Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht - Informationen für neu niedergelassene Ärzte

**Qualitätsmanagement**

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

**Qualitätszirkel**

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

**Wirtschaft und Recht**

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juli 2017 20. September 2017	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. September 2017	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juli 2017 16. September 2017	15.00 bis 21.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. September 2017 27. September 2017	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	28. September 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	11. Oktober 2017 11. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Augsburg
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	20. Juli 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	29. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. September 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	13. bis 14. Oktober 2017 29. bis 30. September 2017	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg München
Praxisinhaber	110,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	23. September 2017	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. September 2017 22. September 2017	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juli 2017 13. September 2017 20. September 2017 27. September 2017 4. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Augsburg Nürnberg Würzburg Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2017 27. September 2017	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg Nürnberg

