

KVBIINFOS 09|15

ABRECHNUNG

- 106 Die nächsten Zahlungstermine
- 106 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2015
- 107 Abrechnungshinweise zur GOP 01436
- 108 Änderungen des EBM zum 1. Juli 2015 und 1. Oktober 2015
- 111 Reproduktionsfall – Redaktionelle Klarstellung
- 111 GOP 10350 – Balneophototherapie
- 111 ASV – Neuerungen zum 1. Oktober 2015
- 112 Anträge für nicht-ärztliche Praxisassistenten
- 112 Vergütung von Meldungen an klinische Krebsregister

VERORDNUNGEN

- 114 Vertragsarztstempel und Kassenrezept
- 114 Grünes Rezept
- 114 Wirkstoffvereinbarung: seit 1. Juli 2015 „scharf geschaltet“
- 114 Wirkstoffvereinbarung: „Arbeitslisten“
- 115 Impfschutz vervollständigen
- 115 Nasale Grippeimpfung
- 115 Toujeo® – U-300-Formulierung
- 116 Sincronium® – Bewertung des GKV-Spitzenverbands
- 116 Enterale Ernährung
- 117 Mangelhafte Arzneimittelstudien – Zulassungen ruhen
- 117 Herstellung von Arzneimitteln
- 117 Patientenhinweis zum Wirtschaftlichkeitsgebot

ALLGEMEINES

- 118 Krankenhauseinweisungs-Richtlinie
- 118 MDK: Umschlagverfahren und Datenschutz

SEMINARE

- 119 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 120 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 121 Notfalltraining für das Praxisteam
- 122 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2015

Abschlagszahlung August 2015

12. Oktober 2015

Abschlagszahlung September 2015

30. Oktober 2015

Restzahlung 2/2015

10. November 2015

Abschlagszahlung Oktober 2015

10. Dezember 2015

Abschlagszahlung November 2015

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2015

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2015 bis spätestens **Montag, den 12. Oktober 2015**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 Abrechnungsabgabeter-

min 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“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnungshinweise zur GOP 01436

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelklärung können Sie unter www.kvb.de unter *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen. 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 Sammelklärung 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

Die Konsultationspauschale nach der Gebührenordnungsposition 01436 kann für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte nur in den folgenden, im obligaten Leistungsinhalt der GOP genannten Fällen berechnet werden:

- bei Überweisung zu einer Auftragsleistung an Ärzte, die nicht ausschließlich auf Überweisung tätig werden, oder
- bei Überweisung an Hausärzte zur präoperativen Diagnostik (Abschnitt 31.1) oder
- bei Überweisungen innerhalb derselben Arztgruppe
 - zu ambulanten Operationen (Abschnitt 31.2)
 - zu postoperativer Behandlung (Abschnitt 31.4)
 - zu ambulanten Anästhesien/Narkosen (Abschnitt 31.5)

Die Konsultationspauschale nach der Gebührenordnungsposition 01436 kann nicht an Stelle des seit dem 1. Januar 2008 obsolet gewordenen Konsultationskomplexes (alte GOPen xx215) angesetzt werden. Die früheren fachgruppenspezifischen Konsultationskomplexe sind in den jeweiligen Versicherten- und Grundpauschalen aufgegangen und daher seit 2008 nicht mehr gesondert berechnungsfähig. Werden bei weiteren Arzt-Patienten-Kontakten nur Leistungen erbracht, für die keine gesonderten Gebührenordnungspositionen des EBM abgerechnet werden können, sind diese Folgekontakte nicht berechnungsfähig.

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

Änderungen des EBM zum 1. Juli 2015 und 1. Oktober 2015

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 347., 355. und 358. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli und 1. Oktober 2015 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Oktober wurden von den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte Änderungen im Kapitel 32 (Labor) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze vor.

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. Der Beschluss über die Änderungen im Kapitel 32 wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Änderungen des EBM zum 1. Juli 2015

Hausärzte – Aufzeichnung Langzeit-EKG neben NäPa-Besuchen (Beschluss aus der 355. Sitzung des Bewertungsausschusses)

Ab dem 1. Juli 2015 kann zusätzlich zu den Laborleistungen des Abschnitts 32.2 und der postoperativen Behandlung (GOP) 31600 auch die Gebührenordnungsposition 03322 (Aufzeichnung des Langzeit-EKG) in derselben Sitzung neben den Besuchen des nicht-ärztlichen Praxisassistenten (GOPen 03062 und 03063) berechnet werden, wenn die Aufzeichnung des Langzeit-EKG-Geräts mit Abnahme des Geräts durch den nicht-ärztlichen Praxisassistenten im Rahmen des Besuchs abgeschlossen wird.

Transfusionsmediziner – Genehmigung zur Apherese möglich (Beschluss aus der 355. Sitzung des Bewertungsausschusses)

Ab dem 1. Juli können auch Fachärzte für Transfusionsmedizin eine Genehmigung zur Durchführung von therapeutischen Apheresen (GOPen 04572, 04573 beziehungsweise 13620 bis 13622) erhalten.

Weitere Informationen über die Antragstellung und Genehmigungserteilung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Apheresebehandlung*.

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2015

Humangenetik (Beschluss aus der 347. Sitzung des Bewertungsausschusses)

- Die humangenetischen Beurteilungen werden ab dem 1. Oktober 2015 höher vergütet und inhaltlich nach medizinischen Kriterien differenziert.
- Hierzu werden die Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 neu in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen.
- Die bestehenden Beurteilungsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11231 und 11232 sowie die Gebührenordnungsposition 11220 für die zeitaufwendige Beratung entfallen.
- Die höhere Bewertung der Beurteilungsleistungen wird durch eine Bewertungsanpassung der molekulargenetischen Laborleistungen gegenfinanziert.

Neue Gebührenordnungspositionen für humangenetische Beurteilungen

Die neuen Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 sind nur

von Fachärzten für Humangenetik und von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 setzt zusätzlich eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V voraus. Bis zur Inkraftsetzung einer Qualitätssicherungsvereinbarung – geplant zum 1. Januar 2017 – sind die GOPen 11235 und 11236 auch ohne Genehmigung berechnungsfähig.

Neu: GOP 11233 – Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer

- EBM-Bewertung 553 Punkte
- Preis BÉGO 56,80 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- der phänotypische OMIM-Kode oder ersatzweise die Angabe der Art der Erkrankung ist bei der Abrechnung anzugeben
- im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08572 berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben den humangenetischen Beurteilungsleistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (GOPen 01790 bis 01792), der Empfängnisregelung (GOPen 01835 bis 01837), der Reproduktionsmedizin (GOPen 08570 und 08571) sowie Gebührenordnungsposition 11230 berechnungsfähig

Neu: GOP 11234 – Zuschlag zur GOP 11233 für weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit

- EBM-Bewertung 553 Punkte
- Preis B€GO 56,80 Euro

- bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig, wenn in demselben Behandlungsfall die GOP 11233 abgerechnet wurde
- im Krankheitsfall nicht neben den Zuschlägen nach den GOPen 11235 und 11236 berechnungsfähig

Neu: GOP 11235 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen bei einem Patienten mit einem Verdacht auf eine seltene, genetische Erkrankung einschließlich der Tumorprädispositionssyndrome, je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontakt-Zeit

- EBM-Bewertung 761 Punkte
- Preis B€GO 78,17 Euro

- bis zu siebenmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die GOP 11233 abgerechnet wurde
- im Krankheitsfall nicht neben den Zuschlägen nach den GOPen 11234 und 11236 berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig bei einem Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens fünf zu 10.000 aufweist, und es sich gleichzeitig um den Indexpatienten der Familie handelt

Neu: GOP 11236 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf manifeste unklare,

schwer abgrenzbare genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome und/oder manifeste unklare Entwicklungsstörungen bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontakt-Zeit

- EBM-Bewertung 863 Punkte
- Preis B€GO 88,65 Euro

- bis zu neunmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die GOP 11233 abgerechnet wurde
- im Krankheitsfall nicht neben den Zuschlägen nach den GOPen 11234 und 11235 berechnungsfähig

- nur berechnungsfähig, sofern es sich bei dem Patienten um den Indexpatienten der Familie handelt und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Vorliegen eines IQ kleiner 70 – dokumentiert im Rahmen einer neuropädiatrischen und/oder entwicklungsneurologischen Vordiagnostik klinisch und/oder eines standardisierten Testverfahrens
- postnatal bestehen lebensbeeinträchtigende Fehlbildungen und/oder Anomalien in zwei oder mehr Organsystemen

Streichung der GOPen 11220, 11231 und 11232

Die bisherigen Beurteilungsleistungen nach den GOPen 11220, 11231 und 11232 werden gestrichen und können ab dem 1. Oktober 2015 nicht mehr abgerechnet werden.

Bewertungsänderung molekular-genetischer Leistungen

- Zur Gegenfinanzierung der höheren Bewertungen der humangenetischen Beurteilungen werden

die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 11352, 11371, 11401, 11431, 11432, 11440, 11441 und 11500 wie folgt abgesetzt:

GOP	Punkte alt	Punkte neu	Euro neu
11352	19.968	15.226	1.563,98
11371	49.647	39.735	4.081,50
11401	22.371	19.278	1.980,20
11431	27.058	22.794	2.341,35
11432	29.717	24.788	2.546,17
11440	20.404	17.803	1.828,69
11441	21.143	18.357	1.885,59
11500	12.216	11.662	1.197,90

- Die Gebührenordnungspositionen 11320 bis 11322 werden ab dem 21. Ansatz abgestaffelt vergütet. Auch bei ihrer Berechnung neben Leistungen des Abschnitts 11.4.2 werden die GOPen 11320 bis 11322 bereits ab dem ersten Ansatz abgewertet. Die abgestaffelte Vergütung beträgt für GOP 11320 145 Punkte (14,89 Euro), für GOP 11321 117 Punkte (12,02 Euro) und für GOP 11322 524 Punkte (53,82 Euro).

GOP 11230 nicht für alleinige Befundmitteilung

Auch für die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4 (Indikationsbezogene Stufendiagnostik) und 32.3.14 (Molekulargenetische Untersuchungen) gilt, dass die Gebührenordnungsposition 11230 für die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen nicht berechnet werden kann (Ergänzung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 11230).

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Änderung von Bewertungen beziehungsweise der Streichung und Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen in den EBM wurden auch die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Zusätzlich werden in Anhang 3 Spalte 1 die neuen Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 mit der Kennzeichnung („*“) aufgenommen, sodass diese nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen.

Weitere EBM-Änderungen zum

1. Oktober 2015 (Beschluss aus der 358. Sitzung des Bewertungsausschusses, Beschluss Nr. 8 durch die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und Beschluss des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses in seiner 396. Sitzung)

Aufhebung und Übernahme vertraglicher Beschlüsse und Feststellungen

Im Zuge der Zusammenführung der Bundesmantelverträge wurden die auf Basis des alten Arzt-/Ersatzkassenvertrags getroffenen Beschlüsse und Feststellungen zu Fragen der Abrechnung und zur Anwendung des EBM überprüft. Die wichtigsten stellen wir Ihnen kurz vor:

In den EBM wurden die folgenden bisherigen Beschlüsse/Feststellungen aufgenommen:

- **GOP 30401 nur bei bestimmten Diagnosen berechnungsfähig**
Die Gebührenordnungsposition 30401 für die intermittierende apparative Kompressionstherapie kann nur bei Vorliegen einer der nachfolgenden ICD-Diagnosen berechnet werden:
I70.20 und I70.21 Arteriosklerose

der Extremitätenarterien in Verbindung mit R60.0 Umschriebenes Ödem, **I83.0** Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, **I87.0** Postthrombotisches Syndrom, **I87.2** Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher), **I89.0** Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert, **L97** Ulcus cruris venosum, **M34.0** Progressive systemische Sklerose, **Q27.8** Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems, **Q82.0** Hereditäres Lymphödem, **T93** Folgen von Verletzungen der unteren Extremität in Verbindung mit R60.0 Umschriebenes Ödem.

- **GOP 01721 nur einmal am Tag berechnungsfähig**
Für den Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach den Gebührenordnungspositionen 01711 (U1) und 01712 (U2) kann die Gebührenordnungsposition 01721 an demselben Tag auch dann nur einmal abgerechnet werden, wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird (Aufnahme als Anmerkung zur GOP 01721).
- **Biofeedback-Behandlung keine GKV-Leistung**
Die Biofeedback-Behandlung wird ab dem Quartal 4/2015 in den Anhang 4 des EBM (Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen) aufgenommen. Damit wird klar gestellt, dass es sich bei der Biofeedback-Behandlung um keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt.
- **Neue Abrechnungsvoraussetzung zur GOP 32427**
Die Gebührenordnungsposition

32427 kann nur bei Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests berechnet werden.

Ausnahme: Bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr kann die GOP 32427 auch ohne das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests abgerechnet werden (Aufnahme als Anmerkung zur GOP 32427).

Als Interpretationsbeschlüsse wurden vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses aufgenommen:

- **IP Nr. 72 – Wird ein Vertragsarzt in dringenden Fällen (zum Beispiel zu einem Verkehrsunfall) gerufen und wird der Patient nicht angetroffen, so kann der Vertragsarzt unter Angabe von Gründen die Gebührenordnungsposition 01411 oder 01412 in voller Höhe berechnen.**
- **IP Nr. 73 – Bei Selbstbehandlung kann ein Vertragsarzt die Gebührenordnungsposition 01430 berechnen. Daneben sind Leistungen des Abschnitts II und Gesprächsleistungen nicht berechnungsfähig.**

Weitere Beschlüsse werden von den Partnern des BMV-Ä übernommen. Eine detaillierte Übersicht über die Umsetzung der alten Beschlüsse/Feststellungen der AG Ärzte/Ersatzkassen finden Sie in der Anlage zum Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Beschlüsse Partner BMV.

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

Reproduktionsfall – Redaktionelle Klarstellung

In den KVB INFOS 3/2015 informieren wir Sie über die Erweiterung der Definition des Reproduktionsfalles um die im Rahmen der künstlichen Befruchtung erforderlichen Laboruntersuchungen vor der ersten Keimzellgewinnung.

Rückwirkend zum 1. April 2015 hat der Bewertungsausschuss in seiner 355. Sitzung das Wort „ersten“ gestrichen. Damit ist klargestellt, dass der Reproduktionsfall die erforderlichen Laboruntersuchen nicht nur vor der ersten Keimzellgewinnung umfasst, sondern auch bei nachfolgender Keimzellgewinnung, soweit diese in derselben Partnerschaft zu einem Zeitpunkt erfolgt, der 24 Monate nach der ersten oder einer erneuten Laboruntersuchung liegt.

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

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

GOP 10350 – Balneophototherapie

Mit Aufnahme der Balneophototherapie GOP 10350 in den EBM zum 1. Oktober 2010 dürfen bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis die in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V genannten Verfahren zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Nach den Richtlinien „**Methoden vertragsärztliche Versorgung**“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ist bei allen Verfahren zur Balneophototherapie eine Behandlungshäufigkeit von drei bis fünf Anwendungen pro Woche anzustreben. Die Behandlung mittels Balneophototherapie ist auf höchstens 35 Einzelanwendungen beschränkt (Behandlungszyklus). Ein neuer Behandlungszyklus kann frühestens sechs Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszykluses erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der Balneophototherapie nach GOP 10350 aus diesem Grund auf **70 Ansätze im Krankheitsfall beschränkt** ist.

Wie im Rundschreiben vom Mai 2014 bereits informiert, ist die Erbringung der Leistung nur bei gestellter Diagnose „Psoriasis“ möglich. Bitte geben Sie deshalb bei der Abrechnung der GOP 10350 immer den dazugehörigen ICD-10-Code der Diagnose „Psoriasis (Schuppenflechte)“ an: L40.0, L40.1, L40.3, L40.4, L40.5, L40.8, L40.9, L41.3, L41.4, L41.8 oder L41.9

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 – Neuerungen zum 1. Oktober 2015

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner zweiten Sitzung am 22. Mai 2015 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 beschlossen. Zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurden in Kapitel 50 EBM eine Präambel und ein neuer Abschnitt 50.2 aufgenommen.

Neue Präambel zu Kapitel 50

Die Präambel definiert die abschnittsübergreifenden Regelungen (Anforderungen wie Mindestmengen und Abrechnungsbestimmungen, Abrechnungsausschlüsse etc.) zur Abrechnung der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der ASV.

Neue Leistungen zur Behandlung gastrointestinaler Tumore und Tumore der Bauchhöhle

Für die Behandlung gastrointestinaler Tumore und Tumore der Bauchhöhle werden in Abschnitt 50.2 zwei neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 50200

Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie

■ EBM-Bewertung	191 Punkte
■ Preis B€GO	19,62 Euro

■ nur von Strahlentherapeuten und Nuklearmedizinern berechnungsfähig (für andere Fachgruppen wie Gastroenterologen, Chirurgen und Urologen ist diese Leistung bereits Bestandteil des EBM)

Neu: GOP 50210

Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams

- EBM-Bewertung 201 Punkte
- Preis B€GO 20,65 Euro

- berechnungsfähig für folgende Fachgruppen: Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Strahlentherapie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Nuklearmedizin (Kernteam)

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37
E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Anträge für nicht-ärztliche Praxisassistenten

Seit 1. Januar 2015 haben Hausärzte die Möglichkeit, für die Beschäftigung nicht-ärztlicher Praxisassistenten eine zusätzliche Vergütung zu erhalten.

Voraussetzung hierfür ist eine Genehmigung der KVB, die erteilt wird, wenn

- die nicht-ärztliche Praxisassistentenz für mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigt wird und
- die nicht-ärztliche Praxisassistentenz über die erforderliche Qualifikation nach Anlage 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte verfügt.

Zusätzlich müssen zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 EBM noch die Voraussetzungen gemäß Präambel 3.2.1.2, Nr. 1 des EBM erfüllt werden, das heißt, die Praxis muss die notwendige durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen erreichen.

Bitte nutzen Sie die neue Antragsmöglichkeit! Weitere Informationen sowie den entsprechenden Genehmigungsantrag finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Nichtärztliche Praxisassistentenz*.

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

Vergütung von Meldungen an klinische Krebsregister

In Deutschland werden derzeit flächendeckend klinische Krebsregister aufgebaut. Anders als bislang werden diese bundesweit einheitlich nicht nur mit Informationen zur Diagnose, sondern auch mit Hinweisen zur Therapie und deren Verlauf gespeist.

Zu den Aufgaben der klinischen Krebsregister gehört insbesondere die möglichst lückenlose Erfassung und Auswertung der Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von Krebserkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Der so entstehende „Datenschatz“ soll dazu genutzt werden, die Behandlung von Krebserkrankungen weiter zu verbessern. Die Krebsregister werden überwiegend aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Wie und in welchen Zeitabständen die Meldungen erfolgen sollen, wird in den Landeskrebsregistergesetzen festgelegt. Das Bayerische Krebsregistergesetz soll deshalb novelliert werden. Danach werden Ärzte berechtigt und künftig wohl auch dazu verpflichtet sein, die geforderten Daten zur Verfügung zu stellen. Die Meldung erfolgt jeweils durch den Arzt, der die Erkrankung feststellt und/oder den Patienten behandelt. Zudem geht es um Verlaufsdaten über einen Zeitraum von fünf Jahren. Dazu gehören Angaben zu Rezidiven und darüber, wenn der Patient verstirbt.

Bei der Meldung muss berücksichtigt werden, dass derzeit für die Übermittlung der Krankenkassenangabe und der Versichertennummer noch eine Rechtsgrundlage fehlt und der meldende Arzt daher eine Einverständniserklärung des Patienten einholen lassen sollte. Wir gehen davon aus, dass diese

Hürde mit der Novellierung des Bayerischen Krebsregistergesetzes beseitigt wird.

Bei der Erstdiagnose kann es sein, dass der niedergelassene Arzt und das Krankenhaus den Tumor melden. Dabei ist es wichtig, dass sich Ärzte und Krankenhäuser in ihren Arztbeziehungsweise Entlassbriefen gegenseitig über die erfolgten Meldungen an ein Krebsregister informieren, um unnötige Doppelmeldungen zu vermeiden. Der Arzt, der dann ohne weitergehenden Sachgehalt eine zusätzliche Meldung abgibt, hat keinen Vergütungsanspruch. Ärzte und Krankenhäuser erhalten für Meldungen an die Landeskrebsregister eine einheitliche Vergütung. Ausgenommen ist eine Vergütung von Meldungen nicht-melanotischer Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien. Die Abrechnung erfolgt nach derzeitigem Informationsstand direkt über das Krebsregister und ist voraussichtlich ab Herbst 2015 möglich.

Die Vergütungsvereinbarung gilt rückwirkend ab Januar 2015. Je nach Meldeinhalt erhalten der Arzt oder das Krankenhaus zwischen vier und 18 Euro. Sofern ein Arzt bereits in 2014 entsprechende Meldungen abgegeben und dafür keine Vergütung erhalten hat, kann er hierfür rückwirkend noch eine Erstattung nach der obigen Regelung einfordern. Die Krebsregister erhalten das Geld jeweils von der Krankenkasse des Patienten, dessen Daten ein Arzt oder Krankenhaus gemeldet hat. Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de.

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

Vertragsarztstempel und Kassenrezept

Bitte beachten Sie folgende Mindestangaben beim Vertragsarztstempel (Gesamtverträge):

- Vor- und Nachname des Vertragsarztes
- Vor- und Nachname der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Bei MVZ: Angabe des Ärztlichen Leiters mit Vor- und Nachname mit Zusatz „Ärztl. Leiter“ ausreichend
- Art der BAG (Gemeinschaftspraxis oder MVZ)
- Praxisanschrift, Telefon- und gegebenenfalls Faxnummer
- Betriebsstättennummer

Folgende Angaben sind zusätzlich auf dem Muster 16 (Kassenrezept) oder Muster 16a bay (Sprechstundenbedarfsrezept) erforderlich, soweit diese nicht bereits im Vertragsarztstempel enthalten sind:

- Vorname der verschreibenden Person
- Nachname der verschreibenden Person
- Berufsbezeichnung der verschreibenden Person

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell* finden Sie ausführliche Informationen. Antworten auf Detailfragen finden Sie auch in unseren FAQ. Außerdem wurde die Ausfüllhilfe für das Muster 16 angepasst.

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

Grünes Rezept

Ab sofort enthält das Grüne Rezept den Hinweis: „Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzlichen Krankenkassen zur Voll- oder Teilerstattung als Satzungsleistung einreichen.“ Noch vorhandene „alte“ Grüne Rezepte können aufgebraucht werden.

Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel sind seit Anfang 2004 aus der Erstattungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Sie sind oftmals das Präparat der ersten Wahl und damit ein wesentlicher Bestandteil Ihrer ärztlichen Behandlung.

Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes am 1. Januar 2012 dürfen die Krankenkassen die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel als Satzungsleistung anbieten. Davon machen viele Krankenkassen mithilfe des „Grünen Rezepts“ Gebrauch.

Wie Sie das Grüne Rezept richtig einsetzen, lesen Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

WSV seit 1. Juli 2015 „scharf geschaltet“

Bitte beachten Sie, dass die Wirkstoffvereinbarung (WSV) ab dem Quartal 03/2015 Prüfrelevanz hat. Wie von Beginn an von uns kommuniziert, ist die vereinbarte Zeit der Übergangsquartale, die Ihnen als Um- oder Einstellungsphase gedient hat, damit beendet. Denken Sie deshalb bitte beim Ausstellen einer Arzneimittelverordnung hinsichtlich der Gesamtzieleerreichung ab sofort immer an Generika, Leitsubstanzen und Rabattverträge!

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

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

Wirkstoffvereinbarung: „Arbeitslisten“

Zu jedem einzelnen Generikaziel finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffprüfung* eine „Arbeitsliste“. Die Listen helfen Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware diese Information nicht bereits liefert.

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

Impfschutz vervollständigen

Grundsätzlich darf eine Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt beziehungsweise der Impfschutz vervollständigt werden (Paragraf 11 Absatz 2, Schutzimpfungs-Richtlinie). Von diesem Grundsatz ausgehend, gibt es folgende Ausnahmen:

- Influenza, nasal
- Pneumokokken
- Rotavirus

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Nasale Grippeimpfung

Die nasale Grippeimpfung ist nur für Kinder im Alter von zwei bis einschließlich sechs Jahren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung abrechenbar. Das Gleiche gilt für die Verordnungsfähigkeit des Impfstoffs (Muster 16). Eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung bezieht sich zum Beispiel auf:

- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
- chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
- Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen
- Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in der Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können
- Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion
- HIV-Infektion

Kinder mit Grunderkrankung, die älter als sechs Jahre sind, bekommen den Standardgrippeimpfstoff aus dem Sprechstundenbedarf und die Abrechnung kann über die KV erfolgen.

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

Toujeo® – U-300- Formulierung

Zwischenzeitlich gibt es Rabattverträge für das Präparat Toujeo® (Insulin glargin Formulierung mit 300 Einheiten). Damit besteht auch bei dem Analoginsulin Toujeo® eine Kostenneutralität zur Therapie mit Humaninsulinen, sodass die Ausnahmekriterien für Patienten mit Diabetes Typ 2 nicht gelten.

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

Sincronium® – Bewertung des GKV-Spitzenverbands

Mit der Markteinführung von Sincronium® der Firma Hexal am 1. Juli 2015 steht in Deutschland ein Präparat zur Verfügung, das einen dreifachen Schutz – in einer Kapsel vereint – zur Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse verspricht. Darin enthalten sind der Lipidsenker Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril.

Der GKV-Spitzenverband hat die folgende Einschätzung der Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels mitgeteilt:

„Der GKV-Spitzenverband sieht eine Verordnung von Sincronium® in der Regel als unwirtschaftlich an und hat die Krankenkassen in einem Rundschreiben darüber informiert.

Grund für diese Einschätzung war zum einen das Anwendungsgebiet gemäß Fachinformation, in der eine Anwendung als Substitutionstherapie nur bei erwachsenen Patienten zur Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse angezeigt ist, solange diese bei gleichzeitiger Gabe der Monopräparate in äquivalenten therapeutischen Dosen ausreichend eingestellt sind. Unter dieser Voraussetzung wurden die Tagestherapiekosten der einzelnen jeweils festbetragsgeregelten Wirkstoffe mit den Tagestherapiekosten von Sincronium® verglichen. Die Verwendung von Sincronium® verursacht ausgehend vom aktuellen Listenpreis in Höhe von 97,70 Euro für die N3-Packung Tagestherapiekosten von zirka 93 Cent, was dem Dreifachen der Tagestherapiekosten der Monopräparate entspricht.

Weiterhin ist der Fachinformation kein Hinweis zu entnehmen, dass die Verwendung von Sincronium® zu einer patientenrelevanten Verbesserung in der Erreichung des Therapieziels

der Vermeidung kardiovaskulärer Ereignisse führt.

Insofern betrachten wir das Arzneimittel als von § 16 der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Arzneimittel-Richtlinie) umfasst.“

Bitte berücksichtigen Sie diese Einschätzung des GKV-Spitzenverbands vor einer Verordnung des Präparats Sincronium®, um gegebenenfalls Rückforderungsanträge der Krankenkassen zu vermeiden.

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

Enterale Ernährung

Zur enteralen Ernährung gehören – gemäß der Arzneimittel-Richtlinie – folgende diätetische Lebensmittel:

- Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate für besondere medizinische Zwecke, die nicht zur alleinigen Ernährung geeignet sind,
- Elementardiäten (Trinknahrung) und Sondennahrung, die als einzige Nahrungsquelle geeignet sind. Diese werden nochmals in Standard- und Spezialprodukte – krankheitsadaptiert für bestimmte Indikationen wie Anpassung an Niereninsuffizienz oder Malassimilationssyndrome – unterteilt.

Diese Produkte sind nach den Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinie in medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise verordnungsfähig.

Wir empfehlen, eine enterale Ernährung nicht unter ihrer Produktbezeichnung zu verordnen, sondern vielmehr als „Standardtrinknahrung oder Standardsondennahrung, normo- beziehungsweise hochkalorisch, täglicher Kalorienbedarf: xx kcal“ mit Angabe des Versorgungszeitraums. Der Lieferant trifft die Auswahl des wirtschaftlichsten Produkts.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Mangelhafte Arzneimittelstudien – Zulassungen ruhen

Aufgrund mangelhafter Studien aus Indien ruhen seit 21. August 2015 weitere Zulassungen mehrerer Arzneimittel. Als erste Behörde in Europa hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Dezember 2014 nach Bekanntwerden der Vorwürfe gegen GVK Biosciences das Ruhen von rund 80 Zulassungen angeordnet (siehe Verordnung Aktuell vom 18. Dezember 2014). Diese Anordnung bleibt weiterhin gültig.

Das BfArM veröffentlicht die Liste der betroffenen Arzneimittel unter www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/g-l/GVK/gvk-bioscience-liste-am.html

Eine Inspektion beim Forschungsdienstleister GVK Biosciences in Hyderabad (Indien) hat gravierende Mängel in der Durchführung von Bioäquivalenzstudien für die Zulassung von Generika aufgezeigt. Es existiert der Verdacht, dass relevante Studienparameter vorsätzlich gefälscht wurden, was einen massiven Verstoß gegen die Good Clinical Practice (GCP) darstellt. Wegen der Schwere und der Systematik dieser Mängel können diese Bioäquivalenzstudien nach Ansicht des BfArM nicht weiter als Zulassungsgrundlage akzeptiert werden.

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

Herstellung von Arzneimitteln

Die Regierung von Oberbayern hat den Begriff „Rekonstitution“ von Arzneimitteln konkretisiert. Rekonstitution eines Fertigarzneimittels zur Anwendung am Menschen ist die Überführung in seine anwendungsfähige Form unmittelbar vor seiner Anwendung. Wir haben unsere Veröffentlichung in Verordnung Aktuell vom Juni 2014 entsprechend angepasst.

Die Rekonstitution von Arzneimitteln ist nicht anzeigepflichtig!

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Patientenhinweis zum Wirtschaftlichkeitsgebot

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise* finden Sie einen neuen Hinweis zum Herunterladen, in dem Ihnen Patienten die Begriffe „aut-idem“, „Rabattvertrag“ und „Kostenerstattung im Einzelfall“ und deren Bedeutung erklärt werden.

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

Krankenhauseinweisungs- Richtlinie

Am 30. April 2015 ist die Neufassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie gegen den Widerstand der Vertragsärzteschaft in Kraft getreten. Vertragsärzte müssen künftig vor Ausstellung einer Krankenhauseinweisung alle ambulanten Behandlungsangebote als Alternative prüfen, unabhängig davon, ob sie Kenntnis davon haben. Damit haben sich die Prüfverpflichtungen für die Vertragsärzte im Vergleich zu früher verschärft.

Zur Auslegung der neugefassten Richtlinie haben wir die bayerischen Krankenkassenverbände um eine Stellungnahme gebeten. Diese teilten uns mit, dass nach wie vor Paragraph 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V gilt, das heißt, die finale Entscheidung über die stationäre Aufnahme hat das jeweilige Krankenhaus zu treffen. **Somit bestehe keine Regressgefahr für bayerische Vertragsärzte.** Nach wie vor gilt aber der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Vertragsärzte haben deshalb – wie in der Vergangenheit auch – alternative ambulante Behandlungsangebote im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu berücksichtigen.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Stefan Schlosser unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11
E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

MDK: Umschlagverfahren und Datenschutz

Das bisher von einigen Krankenkassen angewandte sogenannte Umschlagverfahren, bei dem für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bestimmte Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis „nur vom MDK zu öffnen“ angefordert und über die Krankenkassen an den MDK weitergeleitet werden, wurde von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfDI) moniert.

Die bundesunmittelbaren Krankenkassen sind daher aufgefordert, künftig nur noch einen an den MDK adressierten Umschlag zuzusenden. Für **bayerische Krankenkassen** ist das **Umschlagverfahren** dagegen nach Auskunft des bayerischen Datenschutzbeauftragten **noch möglich**.

Ab 1. Januar 2016 ist eine Neuregelung des Paragraphen 276 SGB V geplant, wonach die Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtet werden sollen, für den MDK bestimmte Unterlagen mit versichertenbezogenen Daten ausschließlich unmittelbar an den MDK zu übermitteln.

Bis zu einer entsprechenden Gesetzesänderung ist es aus Sicht der KVB möglich, beide Verfahren anzuwenden.

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

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:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (BDO-KVB)
- 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 2010)

- 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. September 2015, KVB Nürnberg
- 28. November 2015, 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:

- 30. September 2015, KVB Augsburg
- 14. Oktober 2015, 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:

- 28. Oktober 2015, KVB Augsburg
- 4. November 2015, KVB Würzburg
- 2. Dezember 2015, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul)

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, 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:

- 18. November 2015, KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- Kommunikationsregeln im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln an Fallbeispielen
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6
Teilnahmegebühr: 85 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Sicher im Bereitschafts- dienst und beim Hausbesuch

Termine Modul V:

- 23. September 2015,
KVB Nürnberg
(Achtung:
Uhrzeit 16.00 bis 21.00 Uhr)
- 17. Oktober 2015,
KVB Bayreuth
- 7. November 2015,
KVB Nürnberg
- 21. November 2015,
KVB Augsburg

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, können immer wieder schwierige Situationen auftreten. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist allein und unvorbereitet ausgesetzt.

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

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

Termine

16. September 2015, KVB Nürnberg
17.00 bis 20.30 Uhr

14. Oktober 2015, KVB Würzburg
17.00 bis 20.30 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 Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung 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)

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

Termine

10. Oktober 2015, KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

24. Oktober 2015, KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr
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 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter 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

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – operative tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Haus- und Kinderärzte

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte (ohne Asthma/COPD)

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Urologen

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Alles rund ums Arbeitsrecht

Datenschutz in der Praxis

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Fortbildung Geriatrie

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Hautkrebsscreening

MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaft?

QM-/QZ-Seminare

Grundlagen Aufbereitung von Medizinprodukten

Lokales Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. September 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. September 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
	kostenfrei	7. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	23. September 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	75,- Euro	26. September 2015	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. September 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
	kostenfrei	30. September 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. September 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
	kostenfrei	13. Oktober 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
	kostenfrei	14. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
	kostenfrei	15. Oktober 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	30. September 2015	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
	kostenfrei	8. Oktober 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Oktober 2015	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	7. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	190,- Euro	9. Oktober 2015	15.00 bis 18.30 Uhr	München
		10. Oktober 2015	9.00 bis 17.30 Uhr	
Ärztinnen mit Interesse an einer Niederlassung	kostenfrei	13. Oktober 2015	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Ärztinnen mit Interesse an einer Niederlassung	kostenfrei	14. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Oktober 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	14. Oktober 2015	13.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	14. Oktober 2015	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	30. September 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	Würzburg
	75,- Euro	21. Oktober 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	21. Oktober 2015	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte, die einen Qualitätszirkel gründen oder übernehmen möchten	110,- Euro	24. Oktober 2015	9.00 bis 18.00 Uhr	München

