

KVBIINFOS

01|16
02|16

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2015
- 3 Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2016
- 4 Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2016
- 7 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2016
- 8 Abrechnung der Chronikerpauschale
- 9 Neubewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- 11 OPS-Code auch bei Simultaneingriffen notwendig
- 11 Änderung der Mutterschaftsrichtlinien
- 11 Mutterschaftsvorsorge im höheren Alter
- 12 Verlängerung der HNO- und Phoniatrie-Leistungen

VERORDNUNGEN

- 13 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 13 Neue Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“
- 13 Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen
- 14 Verordnung von Blutzucker-teststreifen
- 14 Zuweisungsverbot

QUALITÄT

- 15 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Start PCI zum 1. Januar 2016
- 16 Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

IT IN DER PRAXIS

- 16 Aktuelles zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
- 17 Auslaufende eGK Karten-terminals
- 17 KV-Ident Plus – schon über 13.000 Bestellungen

ALLGEMEINES

- 18 Rechenschaftsbericht der KVB
- 21 Neue Kennziffer zur Kennzeichnung von ASV-Patienten

SEMINARE

- 22 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 24 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 25 Notfalltraining für das Praxisteam
- 26 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

11. Januar 2016
Abschlagszahlung Dezember 2015

29. Januar 2016
Restzahlung 3/2015

10. Februar 2016
Abschlagszahlung Januar 2016

10. März 2016
Abschlagszahlung Februar 2016

11. April 2016
Abschlagszahlung März 2016

29. April 2016
Restzahlung 4/2015

10. Mai 2016
Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2015

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2015 bis spätestens **Montag, den 11. Januar 2016**, 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“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Laborquote „Q“ für das erste Halbjahr 2016

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *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

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

Für das erste Halbjahr 2016 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/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

Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2016

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*.

Die Vertreterversammlung der KV Bayerns hat am 21. November 2015 einen neuen HVM beschlossen, in dem die Honorarverteilung ab dem Quartal 1/2016 geregelt wird. Beibehalten wird dabei die seit Anfang 2013 bekannte Obergrenzensystematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

Überblick über die wichtigsten Änderungen:

I. HVM-Änderungen aufgrund GKV-VSG

1. Terminservice-Stellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen für die Vermittlung fachärztlicher Termine einzurichten. Für den HVM relevant ist die Frage, wie mit Fallzahlsteigerungen umzugehen ist, die bei einem Arzt aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle entstanden sind. Hier sieht der HVM die Möglichkeit vor, dass auf Antrag die über die Terminservicestelle vermittelten Fälle bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung berücksichtigt werden. Die KVB wird die Terminservicestelle im gesetzlichen Rahmen umsetzen. Weitere Informationen standen in der Dezemberausgabe 2015 unseres Mitgliedermagazins KVB FORUM.

2. Förderung Weiterbildung

Die Förderung der Weiterbildung wurde auf die fachärztliche Versorgung erweitert. Dazu sind einige Vorbereitungen nötig, unter anderem eine entsprechende Vereinbarung auf Bundesebene. Der HVM bereitet hier flankierend bereits den Weg, durch Mitarbeit eines Weiterbildungsassistenten die Praxistätigkeit eingeschränkt ausdehnen zu können: Mit dem Ansatz der aktuellen Fallzahl in der Obergrenze ist dies grundsätzlich heute bereits möglich. Sollte es aber zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung oder Fallwertminderung kommen, kann der Weiterbildende künftig einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze stellen. Die KVB wird dazu ihre Mitglieder informieren, wenn die Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen wurden.

3. Fachgleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

MVZ dürfen nun auch gegründet werden, wenn sie fachgleich sind. Dazu wurde eine Definition des Begriffs „fachübergreifend“ im SGB V gestrichen, auf die im HVM in anderem Zusammenhang Bezug genommen wurde. Daher musste der HVM im Rahmen der Regelungen zum BAG-Zuschlag entsprechend angepasst werden.

4. Praxisnetze

Für anerkannte Praxisnetze müssen im HVM „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorgesehen werden (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V). Deshalb sieht der HVM ab 1. Januar 2016 einen sogenannten „Netzaufschlag“ vor: Jeder Arzt, der Teilnehmer eines (oder mehrerer) von der KVB anerkannten Praxisnetzes ist, erhält je Quartal einen Netz-

aufschlag in Form einer Erhöhung der Obergrenze (aus RLV und QZV) in Höhe von 125,- Euro. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend. Sollte die Zahl der Netzärzte so ansteigen, dass die Summe der Netzaufschläge ein rechnerisches Volumen von 250.000 Euro übersteigt, ist eine Quotierung des Aufschlags vorgesehen. Der Netzaufschlag wird automatisch von der KVB zugesetzt.

II. Anpassungen bei den Leistungstopfen

1. Quotierungsregelung für Besuche im Bereitschaftsdienst wird fortgeführt

Um die übrigen im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen vor einer möglichen Dynamik der im EBM aufgewerteten GOP 01418 zu schützen, wurde im HVM 2015 für diese GOP ein eigenes Honorarvolumen („Topf im Topf“) mit Quotierungsmöglichkeit eingeführt. Diese Regelung wird auch im HVM ab 2016 unverändert beibehalten.

2. Änderungen im Leistungstopf „Humangenetik“

Zum 1. Oktober wurden in den EBM neue humangenetische Beurteilungsleistungen (GOP 11233 bis 11236) aufgenommen (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung). Zur Gegenfinanzierung erfolgte eine Abwertung molekulgene-tischer GOP des Abschnitts 11.4 sowie Änderungen bezüglich der GOPen 11320 bis 11322. Zudem wurden die GOPen 11231, 11232 und 11220 gestrichen (weitere Details siehe KVB INFOS 9/2015). In Umsetzung des Beschlusses

hat die KBV ihre Vorgaben zum Grundbetrag „genetisches Labor“ an die neue Beschlusslage angepasst. Als letzter Schritt war es nun auch erforderlich, den HVM entsprechend anzupassen. Die Grundsystematik hat sich aber dabei nicht geändert. Weiterhin werden die humangenetischen Leistungen aus einem Leistungstopf mit einer Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent vergütet. Die neuen GOPen 11233 bis 11236 werden dabei ab Quartal 1/2016 grundsätzlich als freie Leistungen zu den Preisen der B€GO gezahlt. Eine Vergütung der GOPen 11233 bis 11236 als freie Leistungen, also zu 100 Prozent, ist allerdings dann nicht möglich, wenn die Mindestquote „gestützt“ werden muss, das heißt, wenn Gelder aus den Rückstellungen verwendet werden müssen, um eine Mindestquote von 85 Prozent zu gewährleisten. In diesem Fall unterliegen auch die GOPen 11233 bis 11236 der Quotierung.

3. Änderung der Quotierungsregelung im Leistungstopf restliche psychotherapeutische Leistungen

Aus diesem Leistungstopf werden diejenigen „Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien“ vergütet, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) bezahlt werden. Für diesen Leistungstopf sieht der HVM 2016 weiterhin eine Quotierungsuntergrenze in Höhe von

85 Prozent vor. Die bis Ende 2015 geltende modifizierte Quotenberechnung entfällt.

III. Ergänzende Regelung bei der Fallzahlzuwachsbegrenzung

Umgang mit Fallzahlschwankungen aufgrund flexibler Ferientage (sogenannter „Ostereffekt“)

In der Vergangenheit ist es bei einzelnen Fachgruppen zu einer Fallzahlzuwachsbeschränkung gekommen, bei der der sogenannte „Ostereffekt“ eine wesentliche Rolle gespielt hat. „Ostereffekt“ bedeutet, dass es in den Praxen durch den wechselnden Zeitraum der Osterferien im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres zu nicht beeinflussbaren Fallzahlschwankungen kommen kann. Der HVM ab 1. Januar 2016 sieht hierfür nun eine Modifikation im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung vor. Grundsätzlich gilt weiterhin, dass ein Arzt unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung fällt, wenn sowohl bei der Fachgruppe als auch beim Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal die Fallzahlen um mehr als drei Prozent zugenommen haben. Um aber dem „Ostereffekt“ entgegenzuwirken, wird der zulässige Zuwachs in Höhe von drei Prozent um einen gewissen Prozentsatz angepasst. Der Prozentsatz ergibt sich dabei aus einer Formel, die das Verhältnis der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag zum Ausgangspunkt nimmt. Steigen die ferien- und feiertagsfreien Wochentage um mehr als zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal an, dann wird eine höhere Fallzahlsteigerung zugelassen. Die Höhe des dann zulässigen Zuwachses kann in den betroffenen Quartalen jeweils unterschiedlich sein und wird bei

der Erstellung der Abrechnung jeweils entsprechend automatisch durch die KVB berücksichtigt.

Beispiele:

- Die bayerischen Osterferien werden im Jahr 2016 fast ausschließlich im Quartal 1/2016 liegen. Dagegen werden die Osterferien im Jahr 2017 fast ausschließlich im Quartal 2/2017 liegen.
- Ermittelt wird zunächst die Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Tage zwischen Montag und Freitag. Im Quartal 1/2016 liegt diese bei 47 Tagen, im Quartal 1/2017 bei 55 Tagen. Somit ist die Veränderung im Quartal 1/2017 größer als zehn Prozent.
- In diesen Fällen greift die neu in den HVM aufgenommene Formel. Am Beispiel für das Quartal 1/2017 wird sich nach der Formel für den einzelnen Arzt nicht ein zulässiger Zuwachs in Höhe von drei Prozent, sondern von etwas mehr als fünf Prozent ergeben.

IV. Fachgruppenspezifische Änderungen

1. Fachärzte für Anästhesiologie: Anästhesiologische Leistungen, also vor allem Narkosen, die im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen von „Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie“ erbracht werden, müssen nach den Vorgaben des GKV-VSG von mengenbegrenzenden Maßnahmen des HVM freigestellt werden. Über die weiteren Details haben wir die Fachgruppe der Anästhesisten in einem Sonderrundschreiben vom 25. November 2015 informiert.

2. Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Viszeralchirurgie:
Das QZV „Behandlung von Hämorrhoiden“ (GOP 30610, 30611) wird gestrichen. Ab 1. Januar 2016 können diese beiden Leistungen innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
3. Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie:
 - Das QZV „Angiographie und Intervention“ (GOPen 34283, 34286) wird gestrichen. Ab 1. Januar 2016 können diese beiden Leistungen innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
 - Neue Regelung für die GOPen 33072 und 33075. Diese beiden GOP fallen weiterhin in das QZV „Sonographie Gefäße Gefäßchirurgie“. Bei gesicherter Diagnose Thrombose (I80.9 und I82.9) erfolgt die Vergütung innerhalb des Fachgruppentopfes als freie Leistung.
4. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:
Die bisher im RLV enthaltenen GOPen 30610 und 30611 (Behandlung von Hämorrhoiden) können ab 1. Januar 2016 innerhalb des Fachgruppentopfs als freie Leistung abgerechnet werden.
5. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie:

Ab 1. Januar 2016 wird für die Fachgruppe ein neues QZV Ergospirometrie (GOP 13660) eingeführt. Der sich für dieses neue QZV ergebende kalkulatorische Fallwert 2016 findet sich ab 1. Dezember 2015 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

6. Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie sowie Fachärzte für Nuklearmedizin:
Für die Fachgruppe der Radiologen und Nuklearmediziner sieht der HVM zwei Sonderregelungen in Hinblick auf den kalkulatorischen RLV-Fallwert und das QZV MRT vor. Ziel ist eine Gleichbehandlung der beiden Fachgruppen bei der Erbringung von MRT-Fällen sowie die Stabilisierung des kalkulatorischen Fallwertes für das QZV MRT. Über die näheren Details haben wir die betroffenen Fachgruppen in einem Sonderrundschreiben vom 25. November 2015 informiert.

V. Weitere Informationen (Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2016, Informationsbroschüren, HVM-Text und KBV-Vorgaben sowie Link zu den aktualisierten Abrechnungsbestimmungen)

1. Kalkulatorische Fallwerte 2016 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre:
Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2016 seit 1. Dezember 2015 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.16*. Ab 1. Januar 2016 finden Sie dort auch die aktualisierte Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2016“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2016“.

2. HVM-Text und Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):
Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/ Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V (KBV-Vorgaben) zu beachten. Sie finden die KBV-Vorgaben auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse des KBV-Vorstands. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Sie finden im Internet direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Website der KBV. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf den oben genannten Link verwehren, können Sie die KBV-Vorgaben auch per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2016

3. Allgemeine Bestimmungen des HVM und Abrechnungsbestimmungen der KVB:
Der HVM hatte in den Allgemeinen Bestimmungen noch einige Regelungen, die thematisch eher den Abrechnungsbestimmungen zuzuordnen sind. Im Zuge einer Überarbeitung des Abschnitts A des HVM wurden diese nun gestrichen und in die Abrechnungsbestimmungen der KVB übernommen. Sie finden die aktualisierten Abrechnungsbestimmungen ab 1. Januar 2016 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „A“*.

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

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Für das Jahr 2016 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der B€GO vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 10,4361 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der Bayerischen Euro-Gebührenordnung steht unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue B€GO stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM* bereit. Hier haben Sie die Wahl zwischen der B€GO als GOP-Übersicht mit bayerischen Euro-Preisen als PDF-Format im öffentlichen Bereich oder dem elektronischen B€GO-Informationssystem als Online- oder Download-Version im geschlossenen Mitgliederbereich.

Eine Versendung der B€GO auf CD-ROM mit dem Mitgliedermagazin KVB FORUM erfolgt seit Oktober 2013 nicht mehr, nachdem sich bei vorhergehenden Versandaktionen immer wieder gezeigt hatte, dass kurzfristig auf Bundesebene noch beschlossene Änderungen zur Gebührenordnung von uns bei der Pressung der CDs nicht mehr berücksichtigt werden konnten und so die Aktualität der ausgelieferten Euro-Gebührenordnungen nicht gewährleistet war.

Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung selbstverständlich auf CD kostenlos bei uns anfordern: entweder per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10.

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

Abrechnung der Chronikerpauschale

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde in der Vertreterversammlung der KBV am 18. September 2015 von den Länder-KVen aufgefordert, mit dem GKV-Spitzenverband in Verhandlungen über die Umgestaltung der Chronikerpauschale einzutreten. Das Ziel sollte sein, dass die Abrechnung ausschließlich an den Behandlungs- und Koordinationsaufwand der chronischen Erkrankung im Abrechnungsquartal anknüpft. Die KVB begrüßt und unterstützt diesen Auftrag an die KBV.

Dennoch müssen wir darauf hinweisen, dass die Abrechnung der Chronikerpauschale nach aktuellem Stand nur möglich ist, wenn eine kontinuierliche Behandlung vorliegt. Bitte beachten Sie die Abrechnungsvoraussetzungen. Werden beziehungsweise wurden diese nicht eingehalten, müssen Sie mit nachgelagerten Korrekturen rechnen. Die Vergütung erfolgt(e) insoweit nur unter Vorbehalt. Anträge von Krankenkassen zur Überprüfung, ob die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind, liegen uns bereits vor.

Die Gebührenordnungspositionen (GOPen) 03220 beziehungsweise 04220 sowie deren Zuschläge 03221 beziehungsweise 04221 können nach den aktuell gültigen Bestimmungen des EBM (Präambel 3.2.2 beziehungsweise 4.2.2) nur dann abgerechnet werden, wenn der Patient in **kontinuierlicher ärztlicher Behandlung** ist. Eine solche kontinuierliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils in mindestens zwei Quartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und in einem weiteren Quartal mindestens ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt

(telefonisch oder Wiederholungsrezept) in derselben Praxis stattgefunden hat. Dabei schließt der angegebene Zeitraum das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also das laufende Quartal sowie die drei vorherigen.

Beispiel: Der chronisch kranke Patient kommt im November 2015 in die Praxis. Der Arzt kann im Quartal 4/2015 die Chronikerpauschale abrechnen, da zum Zeitpunkt der Abrechnung in den letzten vier Quartalen in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat:

- erstes Quartal 2015: persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- zweites Quartal 2015: kein Kontakt
- drittes Quartal 2015: mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (telefonisch oder Wiederholungsrezept)
- viertes Quartal 2015 (aktuelles Quartal): persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. Die Abrechnung der GOP 03220 beziehungsweise 04220 ist in diesem Quartal möglich.

Beginnend mit dem vierten Abrechnungsquartal 2015 erfolgt die Überprüfung auf die erforderlichen Kontakte in den vorherigen Quartalen und gegebenenfalls die erforderliche Abrechnungskorrektur durch unser EDV-gestütztes Regelwerk.

Bitte beachten Sie auch, dass die Dauerdiagnosen von Ihrer Praxisverwaltungssoftware (PVS) in die Abrechnungsdatei übernommen und an die KVB übermittelt werden.

Ausnahmen von der Erforderlichkeit der notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte:

- Bei der Behandlung von chronisch kranken Neugeborenen und Säuglingen können die GOPen 03220/03221 beziehungsweise 04220/04221 ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden.
- Fanden die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte wegen eines Hausarztwechsels des Patienten in der Praxis des bisher betreuenden Hausarztes statt, kann die Chronikerpauschale dennoch von dem die Betreuung übernehmenden Hausarzt abgerechnet werden. Die Vorbehandlung ist dabei von der vorbehandelnden Hausarztpraxis zu erfragen und zu dokumentieren. In diesem Fall ist die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben „H“ abzurechnen (GOPen 03220H/03221H beziehungsweise GOPen 04220H/04221H).
- War der Patient Teilnehmer an der Hausarztzentrierten Versorgung während die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte stattfanden, ist die Chronikerpauschale ebenfalls mit dem Buchstaben „H“ abzurechnen.

Weitere Informationen zu den Chronikerkomplexen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM/EBM-Reform/FAQ zum Hausarzt-EBM*.

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

Neubewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat Ende September die Anpassung der Vergütung von Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Mit diesem Beschluss setzt der EBA den Auftrag des Bundessozialgerichtes um, die angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu überprüfen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert.

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.

Anhebung der Leistungsbewertungen Abschnitt 35.2

Die Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 wurden um 2,7 Prozent angehoben. Somit ergeben sich für die Leistungen des Abschnitts 35.2 die aktuellen EBM-Bewertungen (siehe Tabelle 1). Eine Übersicht der geänderten Bewertungen für den Zeitraum der Quartale 1/2012 bis 4/2015 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

Neue Strukturzuschläge

Zur Vergütung von höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation (zum Beispiel durch die Beschäftigung von Personal) ab einer bestimmten Auslastung wurden drei neue Strukturzuschläge für die Einzel- und Gruppentherapien in den Abschnitt 35.2 aufgenommen.

GOP	Kurztext	Punkte 4/2015	Euro 4/2015
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung, große Gruppe)	418	42,94 €
35212	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung, kleine Gruppe)	836	85,87 €
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	86,39 €
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	418	42,94 €
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	418	42,94 €
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	211	21,67 €
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	21,67 €

Tabelle 1

Die Strukturzuschläge werden **automatisch durch die KVB zugesetzt**. Die Zusetzung der Zuschlagspositionen erfolgt – unabhängig von der Erfüllung weiterer Voraussetzungen für ihre Vergütung – zu jeder abgerechneten GOP 35200 bis 35225 EBM. Sie müssen die neuen Zuschläge daher nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen.

Neu: GOP 35251 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221

EBM-Bewertung 143 Punkte

Neu: GOP 35252 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225

EBM-Bewertung 58 Punkte

Neu: GOP 35253 - Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212

EBM-Bewertung 114 Punkte

Voraussetzung für die Vergütung

Auch wenn die Zuschlagspositionen aus technischen Gründen zu jeder abgerechneten Grundleistung nach den GOPen 35200 bis 35225 hinzugesetzt werden, erfolgt eine Vergütung der Zuschläge nur dann, wenn Sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen abgerechnet haben. Die Mindestpunktzahl beträgt 162.734 Punkte je Vertragspsychotherapeut beziehungsweise Vertragsarzt im Quartal. Bei einem Vertragspsychotherapeuten/-arzt mit einem anteiligen Versorgungsauftrag reduziert sich die Mindestpunktzahl entsprechend seinem Versorgungsauftrag.

Höhe der Vergütung

Die Strukturzuschläge werden trotz ihrer technischen Zufügung zu jeder abgerechneten Grundleistung nur für diejenigen Therapiestunden vergütet, die von Ihnen nach Erreichen der Mindestpunktzahl erbracht werden. Aus diesem Grund sind die Bewertungen der Strukturzuschläge (GOPen 35251 bis 35253) entsprechend den Vorgaben in Präambel 35.2 EBM zu quotieren.

Die Quote zur Bewertung der Strukturzuschläge errechnet sich individuell für jeden Vertragspsychotherapeuten/-arzt aus der Differenz seiner abgerechneten Gesamtpunktzahl für die oben genannten Grundleistungen zu der für ihn ermittelten Mindestpunktzahl im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der GOPen 35200 bis 35225.

Beispiel 1:

Ein Psychotherapeut mit voller Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Gesamtpunktzahl von 300.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge:
162.734 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
137.266 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (137.266 Punkte/300.000 Punkte):
0,4576 (= 45,76 %)

Beispiel 2:

Ein Psychotherapeut mit hälftiger Zulassung hat Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in einer Gesamtpunktzahl von 160.000 Punkten abgerechnet.

Mindestpunktzahl zur Vergütung der Zuschläge (162.734 Punkte x 0,5):
81.367 Punkte

Differenz abgerechnete Punktzahl 35.2 zu Mindestpunktzahl:
78.633 Punkte

Quote vergütete Zuschläge (78.633 Punkte/160.000 Punkte):
0,4915 (= 49,15 %)

Wird die notwendige Mindestpunktzahl nicht erreicht, erfolgt für die zugesetzten Strukturzuschläge keine Vergütung (Wert 0,00 Euro).

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

OPS-Code auch bei Simultaneingriffen notwendig

Bei der Abrechnung von ambulanten und belegärztlichen Operationen sind der OPS-Code und die ICD-Codierung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und 36.2 zwingend anzugeben.

Tragen Sie daher den zutreffenden OPS-Code aus Anhang 2 des EBM sowohl für den **Haupteingriff** als auch für **jeden Simultaneingriff** in die Feldkennung 5035 ein. Erfolgt keine Angabe der OPS in der Quartalsabrechnung, können die Zuschläge für Simultaneingriffe nicht vergütet werden.

Auch dem Anästhesisten ist bei der Abrechnung der Narkose/Anästhesie und der jeweiligen Zuschlagsziffer bei Fortsetzung der Narkose/Anästhesie die Angabe des entsprechenden OPS-Codes zu empfehlen. So können Anträge der Krankenkassen vermieden werden.

Weiterführende Informationen zum Thema Simultaneingriffe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/FAQ/Ambulantes Operieren*.

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

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung vom 20. August 2015 eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien beschlossen. Mit Inkrafttreten des Beschlusses am 10. November 2015 ist künftig im Mutterpass zu dokumentieren, ob ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wurde oder nicht. Bisher war dort nur zu vermerken, ob die Beratung zum HIV-Test stattgefunden hat. Das Testergebnis wird weiterhin nicht im Mutterpass eingetragen.

Der Mutterpass wird an die Änderungen angepasst. Das Feld „Beratung der Schwangeren“ finden Sie künftig auf den Seiten 4 und 20, wo Sie unter Punkt „f) Zum HIV-Antikörpertest“ die Dokumentation „HIV-Antikörpertest durchgeführt: ja/nein“ eintragen können. Das Feld „Beratung der Schwangeren“ auf den Seiten 5 und 21 wird durch die Angabe „Besonderheiten“ ersetzt.

Nach Information des Kohlhammer Verlags können Sie den angepassten Mutterpass seit Mitte Dezember 2015 wie gewohnt über den Verlag beziehen oder die neue Dokumentation im Mutterpass handschriftlich eintragen. Sobald der geänderte Pass vorliegt, sollten die alten Versionen nicht mehr verwendet werden.

Sie finden den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter 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

Mutterschaftsvorsorge im höheren Alter

Bitte beachten Sie, dass nur in wenigen Ausnahmefällen im höheren Alter noch Leistungen der **Mutterschaftsvorsorge und/oder Empfängnisregelung** angezeigt sein können (siehe auch KVB FORUM 4/2012 sowie Landesrundschriften des Berufsverbands vom 12. Oktober 2010). In unserem Regelwerk werden deshalb Leistungen der Kapitel 1.7.4 EBM (Mutterschaftsvorsorge) und 1.7.5 EBM (Empfängnisregelung) bis zum Alter von 55 Jahren akzeptiert. Sollten Sie eine Patientin behandeln, die älter als 55 Jahre ist und sollten Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Empfängnisregelung erforderlich sein, besteht die Möglichkeit, einen entsprechend begründeten Widerspruch gegen die Streichung einzulegen.

Liegt eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor, bitten wir Sie, die Leistungen mit dem entsprechenden ICD-Schlüssel zu versehen und kurative Gebührenordnungspositionen zu verwenden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Sabrina Götzter unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 2 83
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 83
 E-Mail Sabrina.Goetzer@kvb.de

Verlängerung der HNO- und Phoniatrie-Leistungen

Zum 1. Januar 2012 wurden für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniaten und Pädaudiologen) neue Leistungen für die Therapie von Nasenbluten, zur Diagnostik des Tinnitus, zur postoperativen Behandlung nach chronischer Sinusitis und Tympanoplastik sowie für die Verordnung und Nachsorge im Rahmen der Hörgeräteversorgung in die Abschnitte 9.3 und 20.3 des EBM aufgenommen (siehe KVB-INFO 12/2011). Die Gebührenordnungspositionen wurden auf Forderung des GKV-Spitzenverbandes befristet aufgenommen. Diese Befristung wurde nun um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 367. Sitzung finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Ergänzter Bewertungsausschuss/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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Medizinprodukte (Anlage V)

- AMO™ Endesol™: Befristung bis 1. November 2018 verlängert
- IsoFree: befristet bis 17. März 2018
- Oculentis BSS: befristet bis 14. Dezember 2017
- Pädiasalin Inhalationslösung (neu: Pädiasalin® 0,9 Prozent): befristet bis 17. März 2018

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen.

Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Acclidinium/Formoterol
- Aflibercept: neues Anwendungsgebiet
- Cannabis sativa: Befristung bis 1. Juni 2016 verlängert
- Eliglustat
- Fingolimod: Neubewertung nach Fristablauf
- Ibrutinib
- Insulin degludec/Liraglutid
- Lurasidon
- Ruxolitinib: neues Anwendungsgebiet
- Vortioxetin

Die Hintergrundinformationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Neue Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“

Auf unserer Internetseite finden Sie die neue Ausgabe von „Arzneimittel im Blickpunkt“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel im Blickpunkt/2015*.

Hier bieten wir Ihnen pharmaunabhängig und kompakt aufbereitete Studien zu ausgewählten Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen. Zum Beispiel:

- Empagliflozin – die EMPA-REG OUTCOME® Studie

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

Verordnung von Diabetes-Therapieschuhen

Im Einzelfall übernehmen die Krankenkassen in Bayern die Kosten für konfektionierte (also industriell gefertigte) Diabetes-Therapieschuhe.

Das bedeutet für Sie: Sie verordnen nach Ihrem medizinischen Ermessen Diabetes-Therapieschuhe. Eine Genehmigung der Krankenkasse muss vom Leistungserbringer (zum Beispiel Orthopädie-Schuhtechnik) eingeholt werden – nicht von Ihnen oder Ihrem Patienten.

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

Verordnung von Blutzuckerteststreifen

Durch Selbstkontrolle ihres Blutzuckers können Diabetiker anhand der aus den ermittelten Werten gezogenen Konsequenzen (zum Beispiel Ernährung, Dosisanpassung) ihren Stoffwechsel kontrollieren und möglichst gut einstellen. Voraussetzungen der Verordnungsfähigkeit von Blutzuckerteststreifen (BZ-Teststreifen) sind zum einen die Schulung des Patienten und die Diagnose „insulinpflichtiger Diabetes“.

Blutzuckerteststreifen sind sogenannte Geltungsarzneimittel, das heißt, sie werden den Arzneimitteln zugeordnet und dürfen nicht mit Hilfsmitteln (zum Beispiel Lanzetten) auf einer Verordnung kombiniert werden.

Blutzuckerteststreifen: Anlage 4 des Arzneiversorgungsvertrags

Um Sie in der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsziels „preisgünstige Blutzuckerteststreifen...“, insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät“ effizient zu unterstützen, finden Sie eine Auflistung preisgünstiger Blutzuckerteststreifen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/2015*.

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

	Verordnung BZ-Teststreifen	
	ja	nein
Messung durch Patienten oder unentgeltlich durch Angehörige/Betreuungspersonen	x	
Patient in stationärer Pflegeeinrichtung	x	
Blutzuckermessung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege		x

Zuweisungsverbot

Gemäß Paragraph 31 Berufsordnung Ärzte ist es in Deutschland tätigen Ärzten untersagt, Patienten ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen zu empfehlen oder an diese zu verweisen.

Ausgestellte Verordnungen müssen zwingend Ihren Patienten oder entsprechenden Betreuungspersonen ausgehändigt werden. Anbei zwei Praxisbeispiele, die Ihnen die Sachlage verdeutlichen sollen:

Beispiel 1: Eine Apotheke verlangt von Ihnen Rezepte über Ernährungslösungen für eine Ihrer Patientinnen. Bitte teilen Sie der Apotheke mit, dass sie das Rezept nur an Ihre Patientin direkt aushändigen dürfen.

Beispiel 2: Ein Leistungserbringer in der Diabetikerversorgung verlangt von Ihnen Rezepte über Blutzuckerteststreifen für Patienten eines Pflegeheims. Bitte liefern/schicken Sie die Rezepte nicht an den Leistungserbringer, sondern ausschließlich an Ihre Patienten beziehungsweise an das Pflegeheim.

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

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Start PCI zum 1. Januar 2016

Einheitliche Qualitätsstandards in Praxis und Klinik sind das Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS). Die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertragsärzte und Krankenhäuser nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden, ist die „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das bundesweit verbindliche Verfahren in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) geregelt.

Für invasive Kardiologen, die Leistungen nach den Leistungsziffern 34291 und 34292 EBM erbringen und abrechnen, ergeben sich daher folgende Pflichten:

Ab dem 1. Januar 2016 muss jede durchgeführte und über die KVB abgerechnete diagnostische Koronarangiographie (GOP 34291) und perkutane Koronarintervention (GOP 34292) nach standardisierten Vorgaben elektronisch dokumentiert werden. Dies gilt auch für belegärztlich und im Rahmen von Ermächtigungen durchgeführte Leistungen.

Der elektronische Versand der Qualitätssicherungs-Dokumentationen an die Datenannahmestelle bei der KVB muss für das 1. Quartal 2016 bis spätestens Ende April erfolgen. Sie können uns somit Ihre Dokumentationsdaten zusammen mit der Abrechnung zum Abschluss des Abrechnungsquartals oder spätestens bis zum Ende des ersten Monats im entsprechenden Folgequartal zusenden (zum Beispiel 30. April für das 1. Quartal). Am besten reichen Sie Ihre gesamten Dokumentationsdaten gesammelt für das jeweilige Quartal ein.

Zur Datenerfassung ist eine durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizierte QS-Dokumentations-Software erforderlich. Bitte nehmen Sie mit dem Anbieter Ihres Praxisverwaltungssystems beziehungsweise dem Hersteller der von Ihnen verwendeten Dokumentationssoftware Kontakt auf und informieren Sie sich, ob und gegebenenfalls ab wann eine entsprechende Software bereitgestellt wird.

Für die Datenübertragung ist eine sichere technische Anbindung an die KVB erforderlich. Dabei haben Sie die Wahl zwischen einem Daten-Upload über ONDES oder einer verschlüsselten Datenübermittlung via KV-Connect.

Die erste Variante, der Upload Ihrer QS-Dokumentation via ONDES, ist an keine zusätzlichen Voraussetzungen gebunden. Sie nutzen diesen Dienst bereits, um jedes Quartal Ihre Abrechnungen bei der KVB einzureichen.

Die zweite Variante, die verschlüsselte Datenübermittlung durch KV-Connect, setzt eine KV-SafeNet- oder KV-Ident Plus-Anbindung an die KVB voraus. Des Weiteren benötigen Sie eine KV-Connect-Benutzeridentifikation. Diese können Sie kurzfristig und kostenlos bei uns beantragen. Alle erforderlichen Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote*.

KV-Ident-Nutzer, die von uns noch nicht auf KV-Ident Plus umgestellt wurden, haben die Möglichkeit, den Upload via ONDES zu nutzen. Möchten Sie lieber KV-Connect nutzen, können Sie eine kurzfristige manuelle Umstellung auf KV-Ident Plus

beantragen (siehe auch Seite 17 in dieser Ausgabe).

Die elektronisch dokumentierten sQS-Daten werden pseudonymisiert und in einer Auswertungsstelle auf Bundesebene zusammengeführt, ausgewertet und vergleichend dargestellt. In die Auswertung werden auch Sozialdaten bei den Krankenkassen und – zu einem späteren Zeitpunkt – Ergebnisse von Patientenbefragungen einfließen.

Zu den von Ihnen übermittelten sQS-Daten erhalten Sie regelmäßig Zwischenberichte sowie einen jährlichen Rückmeldebericht. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden gemäß Qesü-RL der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG), die mit Vertretern der Trägerorganisationen der Leistungserbringer (KVB, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bayerische Krankenhausgesellschaft) und der Krankenkassen paritätisch besetzt ist, zur Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte zur Verfügung gestellt.

Im Zusammenhang mit der Datenerhebung sind Sie verpflichtet, Ihre Patienten anhand von Merkblättern über Inhalt und Zweck dieses Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. Weiterführende Informationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Qualität*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur

Im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung auf Bundesebene, in dem der erste stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Pedro Schmelz, Mitglied ist, wurde entschieden, die Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur (QSV) anzupassen. Es wurde eine Protokollnotiz aufgenommen, die den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, **die Verpflichtung zur jährlichen stichprobenhaften Prüfung der Dokumentation nach Paragraph 6 QSV bis zum 31. Dezember 2017 auszusetzen.**

Der Vorstand der KVB hat entschieden, von dieser Möglichkeit zur Aussetzung der Prüfungen Gebrauch zu machen. Damit werden im Jahr 2016 und 2017 keine Prüfungen durchgeführt.

Aktuelles zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Seit der Gesundheitsreform 2004 arbeiten die beauftragten Konsortien an einer Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Im sogenannten Basis-Rollout 2011 wurden durch die Kostenträger neue eHealth Kartenterminals gefördert und flächendeckend eingeführt. Seitdem schreibt die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) die technische Einführung der Telematikanfrasturktur öffentlich an die Industrie aus.

Zum 1. Januar 2015 wurde die alte Krankenversichertenkarte vollständig durch die eGK abgelöst und an alle gesetzlich Versicherten ausgegeben. Als nächster Schritt steht nun die Erprobung zum eGK Online-Rollout Stufe 1 (ORS1) an, aufgeteilt in zwei bundesweite Testregionen. Hierzu hat der Auftragnehmer T-Systems International GmbH in der Testregion Südost (Bundesländer Bayern und Sachsen) potenzielle Erprobungsteilnehmer angesprochen und für das Testen des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) gewonnen. Die KVB wurde bei diesem Prozess nur „ins Benehmen“ gesetzt, das heißt wir haben lediglich eine Teilnehmerliste zur Kenntnis erhalten. Einen echten Einfluss auf die Ausgestaltung der Erprobung haben wir nicht.

Nach zahlreichen Verschiebungen des Startzeitpunkts zur Erprobung ist aktuell geplant, Ende des zweiten Quartals 2016 zu beginnen. Zum heutigen Zeitpunkt ist aber bekannt, dass in der Testregion Südost eine wesentliche Hardwarekomponente, der Konnektor, der den Anschluss an die Telematikanfrasturktur in den Praxen ermöglichen soll, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht rechtzeitig ausgeliefert werden kann. Die ge-

matik erwägt daher, die Erprobung lediglich in eingeschränkter Form durchzuführen. Nur so könnte der im neuen eHealth Gesetz verpflichtend vorgeschriebene Zeitpunkt zur Einführung der Telematikanfrasturktur (1. Juli 2016) gehalten werden. Wir halten eine Kürzung der uns gemeldeten 250 Erprobungsteilnehmer oder eine Reduktion der Testfälle für nicht vertretbar.

Konstruktiv-kritisch werden wir das Vorhaben zur Erprobung der eGK ORS1, in dem das VSDM und die qualifizierte elektronische Signatur getestet werden sollen, daher im Sinne unserer Mitglieder weiter begleiten. Beispielsweise führen wir gemeinsam mit den anderen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen eine unabhängige Evaluation der Erprobungsphase durch. Diese Evaluation soll Aufschluss darüber geben, wie sich die Einführung des eGK Online-Rollouts im Praxisalltag auswirkt. Zu diesem Zweck erhalten alle niedergelassenen Fach- und Hausärzte sowie Psychotherapeuten, die an der Erprobung teilnehmen, eine Einladung zu einer Online-Befragung, um den bisherigen zeitlichen Aufwand (vor Einführung der eGK Online-Dienste) und den späteren zeitlichen Aufwand mit eGK ORS1 zu erfassen. Nur so lässt sich der Mehr- oder Minderaufwand, den die eGK Online-Dienste voraussichtlich mit sich bringen, beziffern.

Wenn Sie Erprobungsteilnehmer sind und Fragen haben oder sich mit uns austauschen möchten, wenden Sie sich bitte an unseren Experten Florian Deisböck, der Ihnen während der Erprobung gerne zur Seite steht.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 32 00
E-Mail Florian.Deisboeck@kvb.de

Auslaufende eGK Karten- terminals

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wurden die Praxen von Ärzten und Zahnärzten sowie die Krankenhäuser von 2009 bis 2011 mit neuen Kartenterminals ausgestattet, die das Lesen der Versichertenstammdaten von der eGK ohne Konnektor ermöglichen.

Die Kartenlesegeräte der ersten Generation, die 2008/2009 das Zulassungsverfahren der gematik durchlaufen haben, erreichen laut Angaben der Hersteller zum Teil das Ende ihres Produktlebenszyklus. So hat die gematik kürzlich darüber informiert, dass das Kartenterminal GCR 5500-D der gemalto GmbH zum 1. Januar 2016 die Zulassung verliert. Weiter hat die gematik berichtet, dass seit 1. November 2015 der Support, Kundendienst und Reparaturservice für das Terminal medHybrid von VeriFone GmbH vollständig eingestellt wurde.

Prognosen gehen davon aus, dass im Zuge des eGK Online-Rollouts und der Ausgabe der Generation 2 eGK durch die Kostenträger weitere stationäre oder mobile Lesegeräte ausgetauscht werden müssen. Wie viele und welche Geräte genau betroffen sind, kann die gematik noch nicht sagen. Wir empfehlen Ihnen bereits heute, sich bei Ihrem Kartenterminalhersteller zu erkundigen, ob die Generation 2 eGK eingelesen und korrekt verarbeitet werden kann.

Sobald wir zuverlässige Informationen erhalten, werden wir alle KVB-Mitglieder informieren. Aktuelle Zulassungslisten finden Sie unter www.gematik.de in der Rubrik „Zulassungen“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
E-Mail IT-Beratung@kvb.de

KV-Ident Plus – schon über 13.000 Bestellungen

Seit April 2015 löst die KVB das bisherige KV-Ident Verfahren als Zugriffsweg zu ihren Online-Angeboten durch das noch sicherere, Token-gestützte „KV-Ident Plus“-Verfahren ab. Das neue KV-Ident Plus wird von den KVB-Mitgliedern sehr gut angenommen. Durch den optimierten Bestellprozess, über den wir Sie in den KVB INFOS 10/2015 informiert haben, ist die Teilnahme an KV-Ident Plus mittlerweile noch einfacher geworden, sodass seit Beginn der Ablösung des alten KV-Ident-Verfahrens insgesamt 13.000 Bestellungen des KV-Ident Plus Tokens bei uns eingegangen sind. Rund 65 Prozent aller bestellten KV-Ident Plus-Token sind bereits aktiviert. Über unser Mitgliederportal konnten daher via KV-Ident Plus-Verbindung für das Abrechnungsquartal 3/2015 schon über 4.000 Abrechnungen an die KVB übermittelt werden.

Unser Ziel ist es, im Jahr 2016 KV-Ident durch KV-Ident Plus vollständig zu ersetzen. KVB-Mitglieder, die aktuell noch eine gültige KV-Ident-Gridkarte besitzen, müssen von sich aus nicht tätig werden, sondern werden von uns über den Zeitpunkt des Übergangs zu KV-Ident Plus rechtzeitig informiert.

Um Ihre Daten jederzeit auf dem aktuellen Stand der Technik zu schützen, haben wir Ende des Jahres 2015 ein Update der eingesetzten VPN-Software durchgeführt. Damit folgen wir den neuesten Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik.

Bei Fragen erreichen Sie unsere IT-Berater unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Rechenschaftsbericht der KVB

Über die im Geschäftsjahr 2014 verwendeten Mittel gibt der Rechenschaftsbericht der KVB nach Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305 b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2014 mit einem Jahresgewinn von 7,3 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,97 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2014 insgesamt 170,4 Millionen Euro.

Darin enthalten sind Aufwendungen für Personal in Höhe von 101,8 Millionen Euro. Im Rechnungsjahr 2014 waren 1.646 Mitarbeiter bei der KVB beschäftigt.

Bei den Erträgen von insgesamt 177,7 Millionen Euro entfallen 140,2 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. An Kapitalerträgen konnten 17,4 Millionen erzielt werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2014 umfasst die Buchungskreise:

- 0063 – 0071 KVB allgemein
- 0075 Betrieb gewerblicher Art – IT
- 0085 Sonderaufgaben der KVB
- 1005 Casino der KVB
- 3000 Verträge außerhalb Gesamtvertrag

- 3100 AMBO („Abrechnung Psychotherapeutischer Institute“)
- 3200 ASV („Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“)

Im Geschäftsjahr 2014 wurden Investitionen in Höhe von 9,8 Millionen Euro getätigt.

Die KVB erhielt 2014 insgesamt 5.623,- Euro an Sponsoringbeträgen.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt:

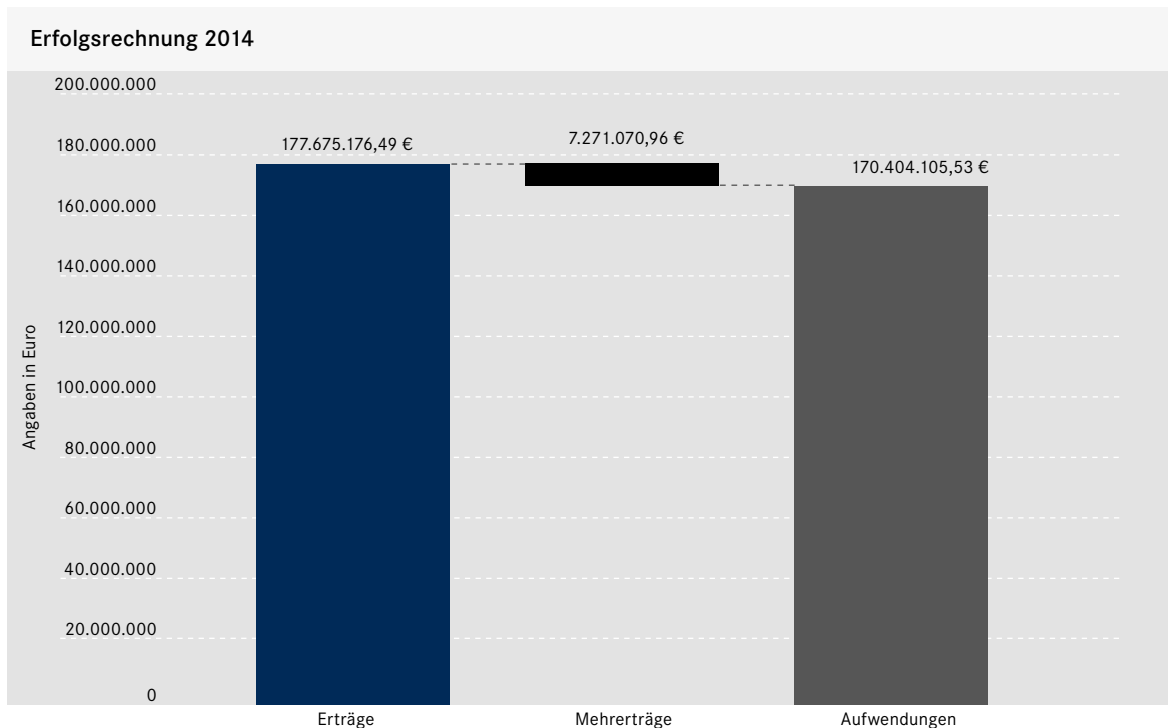


Abbildung 1

Aufwendungen nach Kontengruppen

- Personalaufwand
- Aufwand für die Selbstverwaltung und gemeinsame Selbstverwaltung
- Sachaufwand
- Abschreibungen
- Organisatorische Aufgaben
- Sonstiger Aufwand
- Haushaltsreste

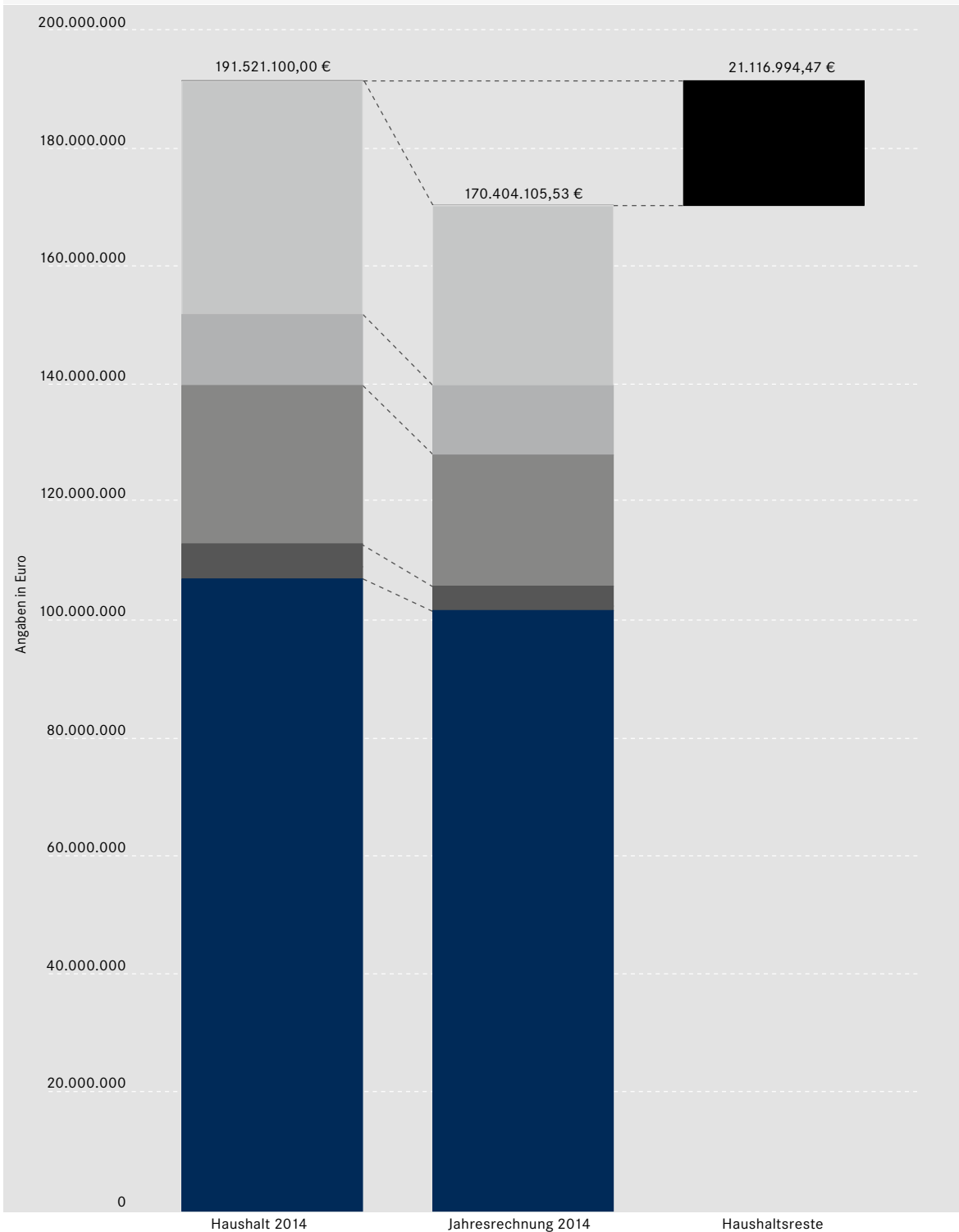


Abbildung 2

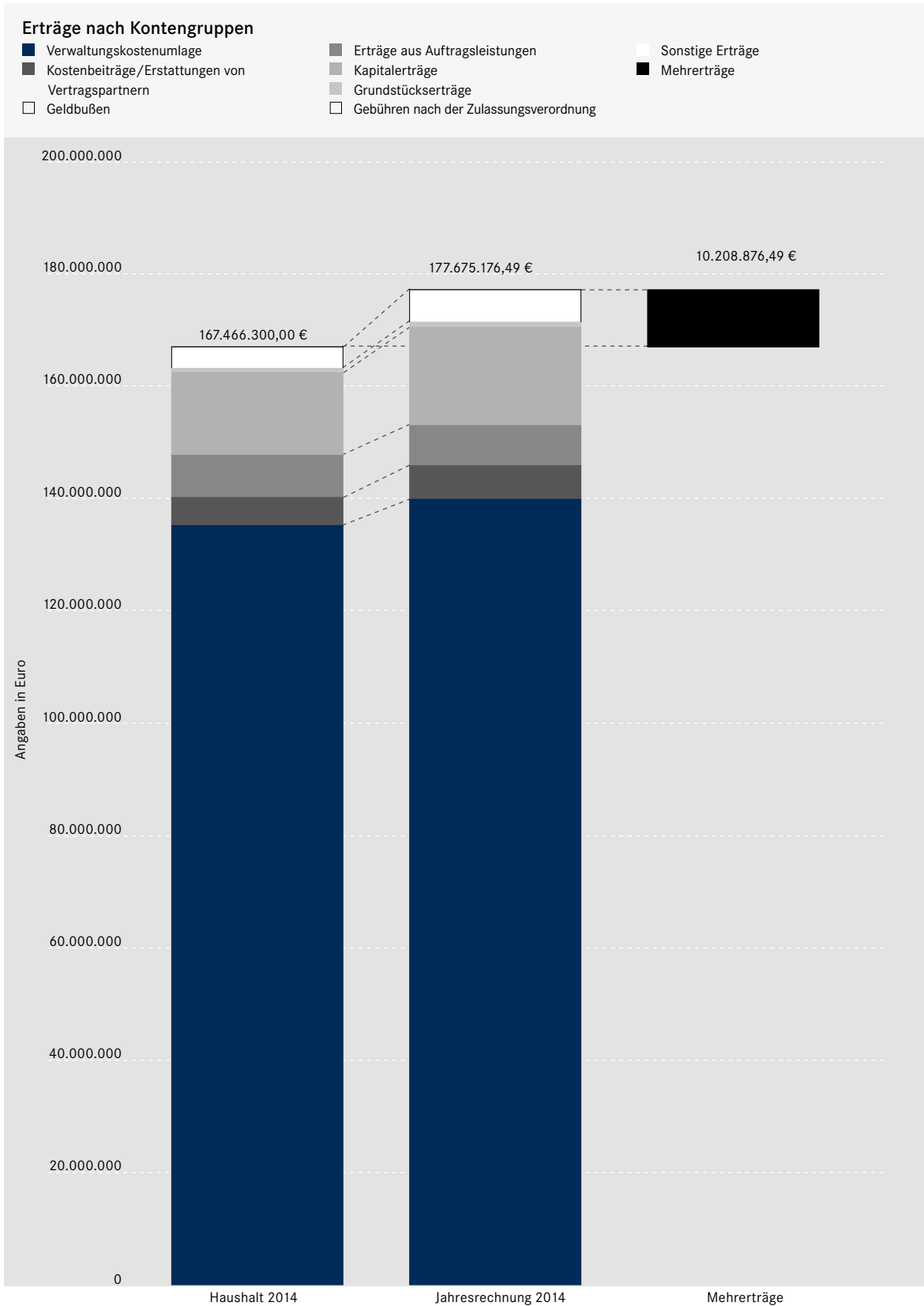


Abbildung 3

Neue Kennziffer zur Kennzeichnung von ASV-Patienten

Seit dem zweiten Quartal 2014 besteht die Möglichkeit, Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu behandeln. Die Regelungen zur Honorarverteilung sehen eine Bereinigung der Obergrenze der teilnehmenden Vertragsärzte um diejenigen Leistungen, die Bestandteil der ASV sind, vor.

Die Obergrenze des Arztes, der an der ASV teilnimmt, wird unter Berücksichtigung der von den Krankenkassen gemeldeten ASV-Fälle bereinigt. Um eine Basis für eine sachgerechte Bereinigung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass alle ASV-Arztfälle mit der Kennziffer 99116 gekennzeichnet werden (Feldkennung 5001). Die Kennziffer ermöglicht es, die zu bereinigenden Fälle zu identifizieren und sicherzustellen, dass für diese Fälle zuvor auch ein RLV vorgesehen wird.

Voraussetzung für den Ansatz der Kennziffer 99116 ist, dass

- ein ASV-Fall vorliegt und
- ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

Bitte beachten Sie außerdem:

- Die Kennziffer hat keinen Euro-Wert. Sie kann allein oder neben anderen Gebührenordnungspositionen stehen.
- Die Kennziffer kann bei mehreren am Behandlungsfall beteiligten ASV-Ärzten mehrfach vorkommen.
- Die Kennziffer soll einmalig je Quartal, je Fall und je Teilnehmer angesetzt werden.
- Die Kennziffer soll auf allen Abrechnungsscheinen angesetzt werden – unabhängig davon, ob nur ASV-Appendix-Leistungen oder sowohl ASV-Appendix-Leistungen als auch Leistungen der

ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden.

Durch die beschriebene Kennzeichnung wird die Voraussetzung für eine mögliche neutrale Bereinigung geschaffen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Anna Schmidt unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 11
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 11
 E-Mail Anna.Schmidt@kvb.de

und unseren Experten
 Timo Gerdau unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 28
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 33 11
 E-Mail Timo.Gerdau@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:

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

Modul I

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

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

Termine Modul I:

- 27. Februar 2016, KVB München
- 12. März 2016, KVB Regensburg
- 7. Mai 2016, KVB Würzburg
- 11. Juni 2016, KVB München
- 2. Juli 2016, KVB Bayreuth
- 24. September 2016, KVB Nürnberg
- 26. November 2016, KVB Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- 3. Februar 2016, KVB München
- 16. März 2016, KVB Regensburg
- 4. Mai 2016, KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016, KVB Würzburg
- 21. September 2016, KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016, KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 17. Februar 2016, KVB München
- 20. April 2016, KVB Augsburg
- 1. Juni 2016, KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016, KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016, KVB Würzburg
- 16. November 2016, 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:

- 27. Januar 2016, KVB Augsburg
- 6. Juli 2016, KVB München
- 30. November 2016, KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

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

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 85 Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 30. Januar 2016, KVB Augsburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 3. Februar 2016, KVB Würzburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 27. Februar 2016, KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 13. April 2016, KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Mai 2016, KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016, KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016, KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016, KVB
Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr,
- 10. Dezember 2016, KVB
Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr,

Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

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

- 28. September 2016, KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016, KVB Würzburg

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

Themenschwerpunkte

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40 Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 20. Januar 2016, KVB Augsburg
- 17. Februar 2016, KVB München
- 13. April 2016, KVB Nürnberg
- 1. Juni 2016, KVB Regensburg
- 6. Juli 2016, KVB München

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)

Termine

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

- 20. Februar 2016, KVB Augsburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 9. April 2016, KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. April 2016, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 4. Juni 2016, KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016, KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016, KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016, KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich.

Anmeldung 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/KVB-Seminare für den Ärztlichen 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

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop 2016 - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA Augenärzte

Grundlagen zum Hygienemanagement in Arztpraxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärzte und Kinderärzte

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Erste Basics für MFA Chirurgen

Hautkrebsscreening

Kooperationen mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop - Frauenärzte

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

DMP - Diabetes mellitus Typ 2: eintägige Eingangsfortbildung

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop - Anästhesisten und Chirurgen

Abrechnungsworkshop - Chirurgen, Orthopäden, Reha

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Erste Basics für MFA Frauenärzte

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Erste Basics für MFA Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Datenschutz in der Praxis

Erste Basics für MFA Hautärzte

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Februar 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. Februar 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016 24. Februar 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Februar 2016 11. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Februar 2016 8. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	2. März 2016	13.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	2. März 2016	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	4. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	80,- Euro	5. März 2016	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016 15. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. März 2016 16. März 2016 6. April 2016	15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr 15.00 bis 17.30 Uhr	München Nürnberg Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. März 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	1. April 2016 2. April 2016	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg

