

KVBIINFOS 12|17

ABRECHNUNG

- 186 Die nächsten Zahlungstermine
- 186 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017
- 188 Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Januar 2018
- 188 EBM-Änderungen
- 193 iFOBT nur für Arztgruppen nach Kapitel 12 berechnungsfähig
- 194 iFOBT: Immunchromatographische Schnellteste erfüllen nicht KFE-RL-Anforderungen
- 194 ASV – Mindestmengen gynäkologische Tumore
- 195 Notwendige Angaben bei Überweisungen an Pathologen
- 196 GenDG bei Veranlassung des HLA-B27-Nachweises
- 197 Ultraschallscreening Bauch-aortenaneurysmen bald GKV-Leistung

VERORDNUNG

- 198 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 198 Substitutionstherapie
- 199 Verordnung von Cannabis
- 199 Zeitschrift nur im Ausnahmefall möglich
- 199 Immuntherapeutika bei Plaque-Psoriasis
- 200 FAQ zu Impfungen
- 200 FAQ zu Heilmitteln überarbeitet

IT IN DER PRAXIS

- 200 DMP COPD – Update der Dokumentationssoftware

SEMINARE

- 201 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 201 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 204 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

11. Dezember 2017
Abschlagszahlung November 2017

Zahlungstermine 2018

11. Januar 2018
Abschlagszahlung Dezember 2017

31. Januar 2018
Restzahlung 3/2017

12. Februar 2018
Abschlagszahlung Januar 2018

12. März 2018
Abschlagszahlung Februar 2018

10. April 2018
Abschlagszahlung März 2018

30. April 2018
Restzahlung 4/2017

11. Mai 2018
Abschlagszahlung April 2018

11. Juni 2018
Abschlagszahlung Mai 2018

10. Juli 2018
Abschlagszahlung Juni 2018

31. Juli 2018
Restzahlung 1/2018

10. August 2018
Abschlagszahlung Juli 2018

10. September 2018
Abschlagszahlung August 2018

10. Oktober 2018
Abschlagszahlung September 2018

31. Oktober 2018
Restzahlung 2/2018

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2017 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Januar 2018**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

- (3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies*
- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

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

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

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

Sammelerklärung

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen im Mitgliederportal unter der Kachel „Dateien einreichen (ONDES)“ ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.

Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Perso-

nalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, besteht für Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

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

Empfangsbestätigungen über den Eingang Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 - 6 87 80.

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

Die Anwendung startet im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ mit Klick auf die Kachel „Notarzt-Abrechnung anlegen“.

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

Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO)

ab 1. Januar 2018

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der Bayerischen Euro-Gebührenordnung 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 Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Für das Jahr 2018 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der Bayerischen Euro-Gebührenordnung vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 10,6543 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 Landesschiedsgerichts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/B€GO-EBM* bereit.

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 auf CD natürlich auch per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

EBM-Änderungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner

- 404. Sitzung vom 11. Oktober 2017 (Teil A und Teil B, schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. April und 1. Juli 2017,
- 404., 405. und 406. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 sowie in seiner
- 402. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2018

rückwirkend Änderungen des EBM beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte/Therapeuten bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar. Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-desbewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. April und 1. Juli 2017

Beschluss aus der 404. Sitzung des Bewertungsausschusses (Teil A und B)

- **Streichung der Abrechnungsausschlüsse bei vertiefter Exploration und ergänzender Erhebung**
 Rückwirkend zum 1. April 2017 werden die im Rahmen der Strukturreform Psychotherapie aufgenommenen sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der vertieften Exploration nach Gebührenordnungsposition 35141 und des Zuschlags für die Erhe-

bung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde nach Gebührenordnungsposition 35142 gegen die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 (alt) beziehungsweise der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 (neu ab 1. Juli) wieder aufgehoben.

■ **Anpassung der Leistungslegende der GOP 35130 (Bericht an Gutachter)**

Der Bewertungsausschuss hat in seinem oben genannten Beschluss ebenfalls rückwirkend, nämlich zum 1. Juli 2017, die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 35130 (Bericht an den Gutachter oder Obergutachter) angepasst. In der Leistungslegende wird nun auch die analytische Psychotherapie aufgeführt und bei Kurzzeittherapie ergänzt „1 oder 2“.

EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. Oktober 2017

Neue EBM-Leistungen bei Verordnung von Cannabis

Beschluss aus der 405. Sitzung des Bewertungsausschusses

Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben seit dem 10. März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Cannabis. Jeder Haus- und Facharzt darf seitdem unter Beachtung seiner Fachgebietsgrenzen getrocknete Cannabisblüten und -extrakte sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon auf einem Betäubungsmittelrezept verordnen. Wir hatten hierüber in unserem „Verordnung Aktuell“ vom 27. Juni 2017 berichtet.

Zur Vergütung des ärztlichen Aufwands bei der Verordnung von Cannabis hat der Bewertungsausschuss rückwirkend zum 1. Oktober 2017 drei neue Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen.

Neue Gebührenordnungsposition für ärztliche Stellungnahme beim Antrag

Vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats muss der Patient die Genehmigung seiner Krankenkasse einholen. Für die Antragstellung bei der Krankenkasse benötigen Patienten eine Stellungnahme ihres Arztes.

GOP 01626 – Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V, einmal je Erstverordnung

EBM-Bewertung	143 Punkte
Preis B€GO	15,06 Euro

Für jede Erstverordnung ist eine Genehmigung erforderlich (beispielsweise auch bei Wechsel von getrockneten Blüten zu Extrakten), daher kann die GOP 01626 einmal je Erstverordnung, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall, berechnet werden.

Neue Gebührenordnungspositionen für Begleiterhebung

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt zu den Cannabis-Verordnungen eine nicht-interventionelle Begleiterhebung über 60 Monate durch. Die Teilnahme an der Begleiterhebung ist für den Vertragsarzt verpflichtend, sobald eine von der gesetzlichen Krankenkasse genehmigte Therapie mit Cannabisarzneimitteln erfolgt. Die neuen Gebührenordnungspositionen 01460 und 01461 können

nur im Zeitraum der fünfjährigen Begleiterhebung, das heißt bis zum 31. März 2022, abgerechnet werden.

GOP 01460 – Aufklärung über die Begleiterhebung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit Paragraf 3 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)

EBM-Bewertung	28 Punkte
Preis B€GO	2,95 Euro

GOP 01461 – Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß Paragraf 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit Paragraf 4 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)

EBM-Bewertung	92 Punkte
Preis B€GO	9,69 Euro

- Je genehmigter Cannabis-Leistung einmal berechnungsfähig – entweder nach Ablauf eines Jahres nach Beginn der Therapie oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes.
- Bei Therapiewechsel (Wechsel innerhalb der unterschiedlichen Verabreichungsmöglichkeiten von Cannabis) ist die GOP 01461 erneut abrechenbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall.
- Für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, einmal berechnungsfähig.

Weitere Informationen zur Verordnung von Cannabis und zur Begleiterhebung, wie zum Beispiel unsere Ausgabe „Verordnung Aktuell“ vom 27. Juni 2017, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittela-z/Cannabis*.

Pränatale Mutationssuche

Beschluss aus der 404. Sitzung (Teil D) des Bewertungsausschusses

Durch die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur nicht invasiven Pränataldiagnostik wurde eine gesellschaftliche Erörterung angestoßen. Dem Ergebnis dieser Erörterungen will der Bewertungsausschuss durch seine Beratung zur Weiterentwicklung der humangenetischen Leistungen in der Mutterschaftsvorsorge nicht vorgehen und hat deswegen seine Beratungen unterbrochen.

Bis zu einer Anpassung der genetischen Leistungen im EBM gelten die aktuellen Regelungen zur Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11513 und 11514 bei vorgeburtlichen Indikationen fort. Bisher gilt, dass die vorgenannten Leistungen im Ausnahmefall bei medizinischer Notwendigkeit auch pränatal berechnungsfähig sind.

- Die medizinische Notwendigkeit muss einzelfallbezogen bei der Abrechnung gegenüber der zuständigen KV schriftlich nachgewiesen werden. Die medizinische Begründung ist in der Feldkennung 5009 (freies Begründungsfeld) bei jeder abgerechneten GOP einzutragen.
- Bei vorgeburtlicher Durchführung der „großen“ Mutationssuche nach GOP 11514 ist keine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse erforderlich.
- **Neu ist, dass die Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11513 und 11514 mit dem Buchstaben „V“ in der Abrechnung zu kennzeichnen sind, wenn diese Leistungen pränatal durchgeführt werden.**

Hinweis: Gegebenenfalls sind die Gebührenordnungspositionen 11502V, 11503V, 11513V und 11514V noch nicht in Ihrer Software-Datenlieferung enthalten und müssen von Ihnen im Softwaresystem manuell erfasst werden.

Weitere klarstellende EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen**Anpassung der Leistungslegende/erste Anmerkung der GOP 01438**

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Gebührenordnungsposition 01438 für die telefonische Kontaktaufnahme wurde wegen der zum 1. Oktober 2017 geänderten GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren (GOP 04414/13574, alt: GOP 04417/13554) beziehungsweise Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (GOP 04416/13576, alt: GOP 04417/13554) angegliedert.

Kontrolle von Schrittmachersystemen nach Kapitel 13 des EBM – Wer darf die neuen Gebührenordnungspositionen ab 1. Oktober 2017 abrechnen?

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 406. Sitzung wurde durch Ergänzung in der Präambel 13.1 Nummer 3 des EBM klargestellt, dass die neuen Gebührenordnungspositionen für die konventionelle und telemedizinischen Funktionsanalyse von Herzschrittmachersystemen von Kardiologen ohne Vorliegen besonderer Voraussetzungen berechnungsfähig sind.

Andere Internisten mit/ohne Schwerpunkt können die GOP nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie zum Stichtag 30. Juni 2017 über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V verfügen. Für die Abrechnung der neuen telemedizinischen Funktionsanalysen (GOP 13574 und 13576) ist darüber hinaus Voraussetzung, dass bereits in mindestens zwei vor dem 30. Juni 2017 liegenden Quartalen telemedizinische Funktionsanalysen durchgeführt und abgerechnet wurden.

GOP 13360 (kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten)

Beschluss aus der 406. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die internistischen Grundpauschalen für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (GOP 13210 bis 13212) sind im Behandlungsfall neben der GOP 13360 (Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung) berechnungsfähig. Dies wurde durch Streichung des Abrechnungsausschlusses in der zweiten Anmerkung der internistischen Grundpauschalen klargestellt.

Änderung der Anzahlbedingung der GOP 01738 (iFOBT)

Beschluss aus der 404. Sitzung (Teil C) des Bewertungsausschusses

Versicherte haben im Rahmen der Früherkennung auf kolorektales Karzinom ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres einmal jährlich Anspruch auf die Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl (vergleiche

Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen			
GOP	Beschreibung	Bewertung	Abrechnungshinweise
32915/ 32939	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), gegebenfalls einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)	29,50 €	- je HLA-Klasse, aber höchstens zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32915 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32939 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32916/ 32940	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden	47,30 €	- je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse, aber höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig - bei vorbekanntem Antikörpernachweis nicht für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32916 und die allgemeine immungenetische Untersuchung nach GOP 32940 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32917/ 32941	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswerts	79,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32917 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32941 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig - die Untersuchungen nach den GOPen 32917 und 32941 sind im Behandlungsfall nicht neben den Untersuchungen nach den GOPen 32918 und 32942 berechnungsfähig
32918/ 32942	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest	150,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - die transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32918 und die allgemeine immungenetischen Untersuchung nach GOP 32942 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig
32943	Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels komplementabhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den GOP32917, 32918, 32941 oder 32942	150,00 €	- je HLA-Klasse berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gemäß den GOP 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig - nur im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzellentransplantation berechnungsfähig
32948	Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems	28,70 €	
32949	Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels glykoproteinspezifischer Festphasenmethoden	28,70 €	- je Glykoproteinkomplex, aber höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig - nur bei bekannter Reaktivität gemäß GOP 32948 berechnungsfähig

Paragraf 2 in Verbindung mit Paragraf 35 Absatz 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie). Zur Angleichung an diese Regelung wurde die Abrechnungsbestimmung „einmal im Krankheitsfall“ zur GOP 01738 rückwirkend zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

Anhang 3

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01460, 01461 und 01626 werden von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen der BÉGO vergütet.

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2018

Neue Gebührenordnungspositionen für die HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik

Beschluss aus der 402. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs werden zum 1. Januar 2018 die immungenetischen Leistungen zur HLA-Antigendiagnostik neu gefasst und an den Stand der Wissenschaft und Technik angepasst. Die Änderungen im Überblick:

- Die bisherige GOP 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Allo-Antikörpern wird gestrichen und als transplantationsvorbereitende Untersuchung nach GOP 32915 (Abschnitt 32.3.15.1) sowie als allgemeine immungenetische

Untersuchung nach GOP 32939 (Abschnitt 32.3.15.2) fortgeführt.

- Darüber hinaus werden neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II jeweils in die Abschnitte 32.3.15.1 und 32.3.15.2 des EBM aufgenommen. Sie berücksichtigen neue technische Verfahren in diesem Bereich.
- Die Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Allo-Antikörpern gegen HPA-Antigene werden mit den GOP 32948 und 32949 neu in den EBM-Abschnitt 32.3.15.2 aufgenommen. Damit können diese besonders für Transplantationsträger und onkologische Patienten bedeutsamen Untersuchungen künftig als vertragsärztliche Leistung nach dem EBM abgerechnet werden.

Genehmigung erforderlich

- Die neuen Leistungen können nur von Vertragsärzten durchgeführt und abgerechnet werden, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen verfügen.
- Darüber hinaus setzt die Berechnungsfähigkeit der GOP im Abschnitt 32.3.15.1 EBM die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß Paragraf 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4a) und 4b) Transplantationsgesetz voraus.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 und 32948 bis 32949 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

GOP 11235 und 11236 ab 1. Januar 2018 genehmigungspflichtig

Beschluss aus der 402. Sitzung des Bewertungsausschusses

Zum 1. Oktober 2015 wurden die Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in den Abschnitt 11.3 des EBM aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 9/2015). Bisher – befristet bis zum 1. Januar 2018 – konnten die GOP ohne das Vorliegen einer Genehmigung abgerechnet werden (siehe KVB INFOS, Ausgabe 3/2017). Diese Übergangsregelung endet mit Wirkung zum 1. Januar 2018. Sollte zum 1. Januar 2018 eine Qualitätssicherungsvereinbarung mit einer entsprechenden Genehmigungspflicht in Kraft treten, werden wir Sie rechtzeitig über das entsprechende Antragsverfahren informieren.

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

iFOBT nur für Arztgruppen nach Kapitel 12 berechnungsfähig

Die immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) im Rahmen der Krebsfrüherkennung nach Gebührenordnungsposition 01738 kann nur von den in Kapitel 12 EBM genannten Fachgruppen berechnet werden.

die Veranlassung der Laboruntersuchung für den präventiven iFOBT nach Gebührenordnungsposition 01737 ist hingegen von Hausärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Internisten, Hautärzten und Urologen berechnungsfähig.

Die von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind in den arztgruppenspezifischen Kapiteln beziehungsweise Abschnitten entweder durch Aufzählung der Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel beziehungsweise Abschnitt angegeben (Allgemeine Bestimmung 1.2.2 des EBM). Die Gebührenordnungsposition 01738 ist nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nur in der Präambel des Kapitels 12 EBM als für diese Fachgruppen zusätzlich berechnungsfähige Leistung aufgenommen worden. Andere Fachgruppen, wie zum Beispiel Gynäkologen, Urologen oder Dermatologen können daher den immunologischen Stuhltest nach Gebührenordnungsposition 01738 nicht selbst erbringen und abrechnen.

Eine Eigenerbringung der Gebührenordnungsposition 01738 würde nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch dazu führen, dass die Gebührenordnungsposition wegen unvollständiger Leistungserbringung nicht berechnungsfähig wäre. Denn die Gebührenordnungsposition 01737 setzt nach ihrer Leistungsbeschreibung die „Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems“ sowie gemäß ihrem obligaten Leistungsinhalt die „Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl“ voraus. Weiterleitung und Veranlassung werden bei Eigenerbringung regelhaft nicht erbracht.

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

In den KVB INFOS, Ausgabe 5/2017, sowie in unserem Rundschreiben vom 30. März 2017 hatten wir missverständlich mitgeteilt, dass der immunologische Stuhltest von Vertragsärzten durchgeführt und abgerechnet werden kann, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen verfügen, ohne auf die erforderliche Zuordnung der GOP 01738 in die Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel hinzuweisen. Wir bitten, unseren Fehler zu entschuldigen.

Die Ausgabe sowie Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems und

iFOBT: Immunchromatographische Schnellteste erfüllen nicht KFE-RL-Anforderungen

Hersteller bewerben derzeit einen immunchromatographischen Schnelltest zur Darmkrebsfrüherkennung, der in der eigenen Praxis durchgeführt werden kann und nach ihrer Einschätzung den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entspricht.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfüllen immunchromatographische Schnellteste jedoch nicht den Anforderung der KFE-RL und der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01738 „Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der KFE-RL“.

In der Richtlinie sind die Anforderungen definiert, die solche Testverfahren erfüllen müssen. So ist in Paragraf 39 Absatz 4 Satz 2 bestimmt, dass die Untersuchung und Dokumentation mittels automatisierten Verfahren durchgeführt wird. Dies sind allesamt Verfahren, bei denen der Arzt den Test an seine Patienten ausgibt und zur Untersuchung an ein Labor weiterleitet.

Die Eigenerbringung anwendbarer immunchromatographischer Schnellteste – ähnlich gängiger Schwangerschaftsschnellteste zur Eigenanwendung – stellen keine automatisierten Analyseverfahren dar, da die Probenpipettierung manuell mittels Tropfer erfolgt. Dies ist auch dann nicht der Fall, wenn eine automatisierte Dokumentation und eine Online-Anbindung an das Praxisverwaltungssystem möglich und umgesetzt sind. Die Möglichkeit, das Messergebnis apparativ zu erfassen, macht Schnellteste nicht zu einem automatisierten Verfahren. Der G-BA hat sich in der Neufas-

sung der KFE-RL nach der Anhörung ausdrücklich für automatisierte Verfahren entschieden.

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 – Mindestmengen gynäkologische Tumore

Für die Tumorgruppe 2 wurde in der Anlage 1.1 Buchstabe „a“ eine Anpassung der Mindestmengen realisiert. Demnach muss das Kernteam für die Behandlung von Patienten mit Mammakarzinom mindestens 250 Patienten mit einer gesicherten Diagnose, die einer unter „1.1 Mammakarzinom“ genannten Indikationsgruppen entstammt, haben.

Für Patienten der in Nummer „1.2 Sonstige gynäkologische Tumoren“ genannten Indikationsgruppen muss die Mindestanzahl von 60 Patienten mit gesicherter Diagnose durch das Kernteam erfüllt sein.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Juli 2017 ist mit Wirkung zum 11. Oktober 2017 in Kraft getreten.

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

Notwendige Angaben bei Überweisungen an Pathologen

Companion Diagnostik

Die Leistungen der sogenannten Companion Diagnostik (= tumor-genetische Untersuchungen, die zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie zwingend erforderlich sind) nach Abschnitt 19.4.4 des EBM setzen für ihre Berechnung die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

Um die veranlassten Untersuchungen abrechnen zu können, ist der Pathologe deshalb auf die Angabe des geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittels (Angabe des Arzneimittelnamens oder des Wirkstoffs) durch die überweisende Praxis angewiesen. Bitte übermitteln Sie diese Informationen direkt im Rahmen ihres Auftrags, um notwendige Rückfragen zu vermeiden.

Untersuchungen im Rahmen des ambulanten Operierens (zum Beispiel Schnellschnitt)

Für die Vergütung von prä-, intra- oder postoperativen pathologischen Leistungen (zum Beispiel Schnellschnitt) im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V ist – wie bei der Operation selbst – Voraussetzung, dass bei der Abrechnung ein gültiger OPS-Code aus dem Katalog nach Paragraph 3 Absatz 1 des Vertrags nach Paragraph 115b Absatz 1 SGB V im Behandlungsfall angegeben wird.

Auch hier ist der Pathologe auf die Angabe des gültigen OPS-Codes der zugrundeliegenden ambulanten Operation nach Paragraph 115b SGB V durch die überweisende Praxis angewiesen. Wir bitten Sie, dies bei der Veranlassung von pathologischen

Leistungen im Rahmen einer ambulanten Operation zu beachten.

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

GenDG bei Veranlassung des HLA-B27-Nachweises

Seit dem 1. Juli 2017 kann die Gebührenordnungsposition 32931 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ausschließlich für den molekulargenetischen Nachweis des HLA-B27-Merkmals abgerechnet werden. Bei dem molekulargenetischen HLA-B27-Nachweis handelt es sich um eine diagnostisch-genetische Untersuchung, für die die Regelungen des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) gelten.

Die Untersuchung darf jeder Arzt veranlassen, jedoch ergeben sich für ihn als „verantwortliche ärztliche Person“ nach dem GenDG besondere Rechte und Pflichten im Rahmen der Aufklärung und Ergebnismitteilung.

1. Aufklärung und Einwilligung des Patienten

- Der Patient ist vor der Veranlassung über den Zweck, die Art, den Umfang und die Aussagekraft der genetischen Untersuchung mündlich aufzuklären (Paragraf 9 GenDG). Die Inhalte der Aufklärung sind zu dokumentieren.
- Die Aufklärung vor einer genetischen diagnostischen Untersuchung ist von der genetischen Beratung zu unterscheiden. Die Aufklärung soll die Voraussetzung für die Ausübung des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Patienten schaffen und eine wirksame Einwilligung der betroffenen Person in die genetische Untersuchung nach Paragraf 8 GenDG ermöglichen.
- Für die Aufklärung benötigen Sie keine besondere fachliche Qualifikation nach dem GenDG

(wie dies für eine genetische Beratung nach Paragraf 10 GenDG notwendig wäre).

- Die allgemeinen Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung sind in der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß Paragraf 23 Absatz 2 Nummer 3 GenDG dargelegt. Die Richtlinie erläutert die im GenDG genannten Inhalte der Aufklärung und weist auf die Bedeutung des Rechts auf Nichtwissen, des Widerrufsrechts, der Bedenkzeit nach Aufklärung sowie der Dokumentationspflicht durch die verantwortliche ärztliche Person hin.
 - Dem Patienten ist nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Der Zeitraum hängt dabei wesentlich von der Art und Bedeutung des Untersuchungsergebnisses und der Dringlichkeit weiterer diagnostischer, therapeutischer oder präventiver Maßnahmen ab.
 - Die Einwilligung des Patienten in die Untersuchung und Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe muss schriftlich erfolgen.
- ### 2. Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an den Patienten
- Die Ergebnisse der genetischen Analyse dürfen nach Paragraf 11 GenDG grundsätzlich nur an die verantwortliche ärztliche Person (Veranlasser) weitergegeben werden, die diese wiederum nur der untersuchten

Person mitteilen darf. Die Übermittlung an weitere Personen ist im Rahmen der Aufklärung mit dem Patienten abzuklären.

- Bei einer diagnostischen genetischen Untersuchung soll die verantwortliche ärztliche Person der betroffenen Person nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses eine genetische Beratung durch einen Arzt mit entsprechender Qualifikation anbieten (Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebiets qualifiziert haben). Bei nicht behandelbaren Erkrankungen muss eine genetische Beratung angeboten werden (Paragraf 10 GenDG).

Sofern Sie nicht über die entsprechende Qualifikation für eine fachgebundene genetische Beratung verfügen und diese daher nicht selbst durchführen können, ist der Patient an einen entsprechend qualifizierten Arzt zu überweisen.

Hinweis zur Abrechnung

Die Aufklärung und Ergebnismitteilung ist – wie auch die fachgebundene genetische Beratung – in der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale enthalten und kann daher nicht gesondert abgerechnet werden.

Sowohl das Gendiagnostikgesetz als auch die oben zitierten Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) zu den Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung finden

Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen bald GKV-Leistung

Sie auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts unter www.rki.de in der Rubrik Kommission/Gendiagnostik-Kommission/weitere Informationen und Richtlinien.

Informationen zum Gendiagnostikgesetz sowie zur Qualifikation für die fachgebundene genetische Beratung werden auch von der Bayerischen Landesärztekammer auf ihrer Internetseite unter www.blaek.de in der Rubrik Fortbildung/Informationen zum GenDG bereitgestellt.

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

Gesetzlich versicherte Männer ab einem Alter von 65 Jahren haben künftig Anspruch auf eine einmalige Abklärung ihres Risikos für Bauchaortenaneurysmen mittels Ultraschall. Eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsame Bundesausschusses und die begleitende Versicherteninformation sind am 10. Juni 2017 in Kraft getreten.

Die Untersuchung kann nach der Richtlinie von allen Ärzten – im Rahmen ihres Fachgebiets – durchgeführt werden, die eine Genehmigung zur Ultraschalluntersuchung des Bauchs (Anwendungsbereich 7.1 der Ultraschallvereinbarung) haben und soll, soweit möglich, zusammen mit der Gesundheitsuntersuchung gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien angeboten werden.

Das Screening erfolgt mittels abdominaler Ultraschalluntersuchung orthograd am größten Durchmesser der Bauchaorta infrarenal nach der LELE-Methode. Das Screening-Ergebnis gilt dabei als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes werden im Rahmen der kurativen Behandlung vergütet.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

Sie finden die Richtlinie zum Ultraschallscreening (US-BAA-RL) einschließlich Anlage (Versicherteninformation) auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III)

Antidiarrhoika

Der Wirkstoff „Lactobacillus rhamnosus GG (mindestens 5 x 10⁹ koloniebildenden Einheiten/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen“ wurde aus Nummer 12 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen. Der Wirkstoff „Lactobacillus rhamnosus GG“ ist ab sofort nicht mehr verordnungsfähig!

Medizinprodukte (Anlage V)

- Alcon BSS – Verlängerung der Befristung bis 8. Oktober 2018
- BD PosiFlushTM SP – Aufnahme
- BD PosiFlushTM XS – Aufnahme
- EyE-Lotion BSS – Verlängerung der Befristung bis 14. Dezember 2019
- Movicol aromafrei – Aufnahme
- Mucoclear 6 Prozent – Verlängerung der Befristung bis 15. August 2022
- Serumwerk-Augenspüllösung BSS – Verlängerung der Befristung bis 14. Dezember 2019

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

Substitutionstherapie

Die Regelungen zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger wurden in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) angepasst. Die Änderungen der BtMVV zielen ab auf eine Anpassung der Regelungen zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Take-Home-Rezepte

Z-Verschreibung: Unter bestimmten Voraussetzungen (gemäß Substitutionsrichtlinie) durften Sie Ihrem Patienten bisher schon eine Menge für bis zu zwei Tagen verordnen. Zusätzlich wurde der Überbrückungszeitraum auf maximal fünf Tage ausgedehnt, wenn einem Wochenende Feiertage vorausgehen oder folgen, auch wenn ein Brückentag dazwischenliegt.

T-Verschreibung: Ist eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich, dürfen Sie Ihrem Patienten das Substitutionsmittel grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen oder in begründeten Einzelfällen in der für bis zu 30 Tage benötigten Menge verordnen. Dies soll die Patientenautonomie stärken und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere dem Erwerbsleben, fördern. Die Voraussetzungen regelt die Substitutionsrichtlinie.

Die Buchstaben „Z“ beziehungsweise „T“ müssen auf der Verordnung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme zwingend nach dem Buchstaben „S“ vermerkt sein, das heißt „SZ“ beziehungsweise „ST“ (siehe auch Verordnung Aktuell „Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung“ vom 15. August 2017).

Mischrezepte aus Take-Home- und Sichtvergabeverschreibung

Sie können auf einer Take-Home-Verschreibung patientenindividuelle Zeitpunkte festlegen, an denen Teilmengen des verschriebenen Substitutionsmittels in der Apotheke an den Patienten oder an Ihre Praxis abgegeben oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Jedoch muss im Fall einer Sichtvergabe, die nicht durch Sie selbst oder durch Ihr medizinisches Personal durchgeführt wird, nun eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung, beispielsweise zwischen der Apotheke und Ihnen getroffen werden. Mischrezepte können demnach nicht ohne vorherigen Vertrag mit Ihnen beliefert werden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger* sowie auf den Internetseiten der Bundesopiumstelle unter www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/_node.htm.

Die Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ist seit 2. Oktober 2017 in Kraft. Sie finden die Richtlinie auf der Internetseite der BÄK unter www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/.

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 Cannabis

Die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen liefert zur Verordnung von Cannabis einige Klarstellungen. So gilt demnach ein Wechsel innerhalb der Therapie (getrocknete Cannabisblüte – Wechsel der Sorte) als neue Therapie und erfordert eine Neugenehmigung.

Auch hinsichtlich einer wirtschaftlichen Ordnungsweise gibt es neue Informationen: So schließt die Genehmigung einer Cannabis-Therapie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht automatisch aus!

Das neue Verordnung Aktuell „Cannabis – wirtschaftliche Verordnung“ geht auf Einzelheiten ein.

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

Zweitschrift nur im Ausnahmefall möglich

Eine Zweitschrift einer Verordnung ist nur in wenigen Ausnahmefällen (zum Beispiel bei Verlust der Originalverordnung) möglich. Bitte stellen Sie eine exakte Kopie des bereits ausgestellten Rezeptes aus, also keine weiteren Positionen auf diesem Ordnungsblatt. So ist – in Missbrauchsfällen – eine Zuordnung einwandfrei möglich. Bitte notieren Sie auf der Zweitschrift „Zweitschrift für Rezept vom...“, um Nachfragen der Apotheke zuvorzukommen.

Unzulässig ist es, eine Zweitverordnung auszustellen, wenn durch die Krankenkasse bei der Apotheke die Originalverordnung retaxiert wurde. Dies passiert, wenn beispielsweise Formalien – wie die Gültigkeit der Verordnung (= ein Monat) oder fehlende Arztunterschrift –, auf die die Apotheke achten muss, nicht eingehalten wurden.

Mehr zu diesem Thema finden Sie in Verordnung Aktuell „Zweitschrift nur im Ausnahmefall!“ vom 26. Oktober 2017.

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

Immuntherapeutika bei Plaque-Psoriasis

Seit der letzten Aktualisierung der deutschen Leitlinie zur Behandlung der Psoriasis im Jahr 2011 hat sich auf dem Pharmamarkt einiges getan und das Behandlungsspektrum hat sich deutlich erweitert. Auf die neueren Wirkstoffe wird in der Leitlinie aktuell noch kein Bezug genommen. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen in der Ausgabe 46/2017 unserer Reihe „Arzneimittel im Blickpunkt“ einen Überblick über die Behandlungsalternativen zur systemischen Immuntherapie bei mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis geben.

Die Ausgabe 46/2017 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel im Blickpunkt/2017*.

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

FAQ zu Impfungen

Unter www.kvb.de liegt in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* eine Sammlung der bei uns eingegangenen Impfanfragen und deren Beantwortung für Sie bereit. Diese FAQ werden immer wieder ergänzt und/oder geändert, um sie an Ihre Bedürfnisse anzupassen.

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

FAQ zu Heilmitteln überarbeitet

Wir haben unsere FAQ zu Heilmitteln aufgrund Ihrer Anfragen weiter ergänzt (Frequenzempfehlung, Rückbildungsgymnastik) sowie hinsichtlich der Frage zur Verordnung eines Hausbesuchs konkretisiert.

Sie können sich hierüber unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* auf dem Laufenden halten.

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

DMP COPD – Update der Dokumentationssoftware

Die Dokumentation im Disease Management Programm (DMP) für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überarbeitet. Die Aktualisierung tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Der Schwerpunkt der Anpassungen liegt beim Thema Tabakentwöhnung. Die Dokumentation wurde um mehrere Fragen zur Tabakentwöhnung und zur Teilnahme an Tabakentwöhnungsprogrammen ergänzt. Neu sind auch Fragen zur klinischen Einschätzung des Osteoporoserisikos und inwieweit eine Empfehlung für körperliches Training ausgesprochen wurde. Bei der Erstdokumentation wird zusätzlich abgefragt, ob vor Einschreibung in das DMP COPD eine Schulung wahrgenommen wurde.

Weitere Änderungen

Der FEV1-Wert wird nicht mehr in Litern, sondern in X Prozent des Soll-Werts angegeben. Bei den Feldern „Raucher“, „Inhalationstechnik überprüft“ und „Sonstige diagnose-spezifische Medikation“ entfällt die Möglichkeit, Daten aus der vorherigen Dokumentation zu übernehmen.

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

Bitte beachten Sie: Analog zu früheren Dokumentationsanpassungen muss für COPD-Dokumentationen, die das vierte Quartal 2017 betreffen, das alte Dokumentationsformular verwendet werden, auch wenn die Dokumentation erst im Jahr 2018 erstellt wird.

Weitere Informationen zur aktualisierten Dokumentation im DMP COPD finden Sie unter www.g-ba.de im Informationsarchiv in der Rubrik „Richtlinien“ unter „DMP-Richtlinie“ im Reiter „Beschlüsse“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Praxisführung in der PT-Praxis: Informationen und Tipps

Auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestehen eine Vielzahl komplexer Bestimmungen und Regelungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung. In diesem Seminar erhalten Sie einen Überblick über die Sie betreffenden Regelwerke und die Auswirkung auf Ihre tägliche Arbeit.

Themenschwerpunkte

- Besonderheiten, die in Hinblick auf das Sprechstundenangebot und die Vertretung zu beachten sind
- Wie können Sie kooperieren? Von Assistenten, Anstellungen und Partnerschaften
- Dürfen Psychotherapeuten Verordnungen und Überweisungen ausstellen?
- Dürfen Psychotherapeuten Hausbesuche durchführen?

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Termine

- 12. Dezember 2017
10.00 bis 14.00 Uhr
KVB Regensburg

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop für Praxismitarbeiter

Bei der Interpretation der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BÉGO) und der Erstellung der Quartalsabrechnung kommt es in den Praxen immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten, die nicht auf Anhieb zu lösen sind.

In unseren fachgruppenspezifischen Abrechnungsworkshop bekommen Sie von unseren Beratern kompetente, vielseitige Beratung zu häufigen Fragen des EBM. Außerdem bieten wir Mitarbeitern die Möglichkeit, Fragen aus ihrem Versorgungsbereich zu stellen.

Unsere Experten gehen zielgerichtet auf Ihre individuellen Anliegen ein.

Mit Ihrer Anmeldung erhalten Sie einen Fragebogen. Bitte senden Sie uns damit Ihre individuellen Fragen bis spätestens acht Tage vor Seminarbeginn an die angegebene Faxnummer.

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Anästhesistische und chirurgische Praxen

21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

Augenärzte

6. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
20. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
22. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
28. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
7. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
5. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

Chirurgen/Orthopäden/Reha-Praxen

6. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
14. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
22. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
11. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Chirurgische Praxen		
12. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Fachärztliche Internisten und internistische Praxen mit Schwerpunkt		
20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
10. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
16. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
17. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
13. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
15. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Gynäkologische Praxen		
14. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
17. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
18. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
19. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
9. Oktober 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
28. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

Hautärztliche Praxen		
20. März 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
8. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
9. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

HNO-Praxen		
18. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
25. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
15. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
28. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB

HNO-Praxen		
18. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
4. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
6. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	

Nervenärztliche, neurologische, psychiatrische, KJP-Praxen		
11. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
10. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
16. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
7. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
22. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen		
21. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
8. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	

Operative und belegärztliche Praxen		
9. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
11. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	

Orthopädische und Reha-Praxen		
17. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
18. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	

Radiologische, nuklearmedizinische, strahlentherapeutische Praxen		
20. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
23. Oktober 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
27. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	
28. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	
13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	

Bayreuth/KVB
München/KVB
Nürnberg/KVB
Bayreuth/KVB
Regensburg/KVB
Würzburg/KVB
Straubing/KVB
Nürnberg/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB
Nürnberg/KVB
Straubing/KVB
Bayreuth/KVB
München/KVB
München/KVB
Würzburg/KVB
Nürnberg/KVB
Bayreuth/KVB
Augsburg/KVB
München/KVB

Urologische Praxen			
20. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
26. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
10. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
13. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	
5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
19. Dezember 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	

Hausärztliche Praxen			
31. Januar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
28. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
22. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
2. Mai 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
27. Juni 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
25. Oktober 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	
6. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB	

Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen			
28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
24. April 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
25. April 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
3. Mai 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	
19. Juni 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
10. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung unter		Unsere Servicezeiten	
Telefon	0 89 / 5 70 93 – 4 00 20	■ Montag bis Donnerstag	7.30 bis 17.30 Uhr
Fax	0 89 / 5 70 93 – 4 00 21	■ Freitag	7.30 bis 14.00 Uhr
E-Mail	Seminarberatung@kvb.de		

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter dem Punkt „Terminsuche mit Online-Anmeldung“ zu finden. Die Seminarbroschüren 2018 werden in den nächsten Tagen bei Ihnen in den Praxen ankommen.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 7 23

Informationen zu Qualitätsmanagement und Hygiene

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 3 19

Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul II

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul II

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul V

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul VI

Sicherheit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

Kooperationen, Wirtschaft und Recht

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		6. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		22. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		28. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. Dezember 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Februar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Januar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	27. Januar 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	24. Februar 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	7. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	24. Februar 2018	9.30 bis 14.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	31. Januar 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	28. Februar 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	9. Dezember 2017	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		9. Dezember 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Dezember 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2017	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet**Qualitätsmanagement**

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Februar 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Dezember 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	27. Januar 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Dezember 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		2. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		7. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		28. Februar 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

