

KVBIINFOS 03|17

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017
- 24 Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2016
- 25 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2017
- 30 Änderungen des EBM zum 1. April 2017
- 33 Neue Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017
- 34 ASV-Beschlüsse zum EBM
- 35 Simultaneingriff bei Operationen der Kategorie 7
- 35 Blankoformularbedruckung: Antragsverfahren entfällt

VERORDNUNGEN

- 36 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 37 Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden!
- 38 Verordnung von Fentanyl-Pflastern
- 38 Sprechstundenbedarf
- 39 Ausstellen einer Sprechstundenbedarfs-Verordnung
- 39 Pneumokokken: PCV13 oder PPSV23?
- 40 Meningokokken-B-Impfung
- 40 Ausstellen einer Heilmittel-Verordnung
- 41 Heilmittel-Richtlinie: Änderungen zum 1. Januar 2017
- 41 Langfristiger Heilmittelbedarf
- 42 Krankenförderung - Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade
- 42 Medikationsplan: Haftung
- 43 Betäubungsmittel für Patienten in Heimen, Hospizen und in der SAPV

QUALITÄT

- 43 Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma
- 44 Umstellung von Luer-Verbindern

ALLGEMEINES

- 44 Umschlagverfahren
- 45 „Gesund schwanger“ – weitere Krankenkassen dabei
- 45 Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

SEMINARE

- 46 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 47 Notfalltraining für das Praxisteam
- 48 Refresher Notfalltraining für das Praxisteam
- 49 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 50 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

10. März 2017
Abschlagszahlung Februar 2017

10. April 2017
Abschlagszahlung März 2017

28. April 2017
Restzahlung 4/2016

10. Mai 2017
Abschlagszahlung April 2017

12. Juni 2017
Abschlagszahlung Mai 2017

10. Juli 2017
Abschlagszahlung Juni 2017

31. Juli 2017
Restzahlung 1/2017

10. August 2017
Abschlagszahlung Juli 2017

11. September 2017
Abschlagszahlung August 2017

10. Oktober 2017
Abschlagszahlung September 2017

30. Oktober 2017
Restzahlung 2/2017

10. November 2017
Abschlagszahlung Oktober 2017

11. Dezember 2017
Abschlagszahlung November 2017

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2017 bis spätestens **Montag, den 10. April 2017**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect. Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Sammelerklärung

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März 2016 ein vorausgefülltes personalisiertes Formular der Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden. Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

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

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

Hinweis:

Aufgrund einer Neuerung bei der Verordnung von Heilmitteln zum 1. Januar 2017 – Verwendung von zertifizierten Verordnungs-Softwareprogrammen (gemäß Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä) – wurde der Wortlaut der Sammelerklärung entsprechend ergänzt.

Für den Fall, dass Ihnen zum 1. Januar 2017 noch keine zertifizierte Heilmittelsoftware zur Verfügung stand, haben die Partner des Bundesmantelvertrags eine Übergangslösung vereinbart (Protokollnotiz zu Paragraf 30 Absatz 6 BMV-Ä), nach der übergangsweise bis längstens 31. März 2017 eine nicht zertifizierte Heilmittelsoftware genutzt werden kann und damit die in der Sammel-

erklärung enthaltene Bestätigung (gemäß Paragraf 30 Absatz 8 Satz 2 BMV-Ä) unschädlich ist.

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

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz: Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

Rückwirkende EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung vom 12. Dezember 2016 noch kurzfristig Änderungen bei den Abrechnungsbestimmungen zur Gebührenordnungsposition (GOP) 34291 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in einem gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen nochmals kurz dar.

Der Beschluss mit den Änderungen im Detail wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-desbewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht. Unser Rundschreiben finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben*.

Aufnahme einer Übergangsregelung bei GOP 34291 – Abrechnung mit Kennzeichnung „Q“ bei Nicht-dokumentation möglich

Wie wir Ihnen bereits mitgeteilt hatten, wurde für die Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 die Kostenpauschale 40306 neu eingeführt und der Leistungsinhalt und die Bewertung (+ 92 Punkte) der Gebührenordnungsposition 34291 (Koronarangiographie) geändert.

Aufgrund struktureller Hürden bei der Umsetzung der neuen Abrechnungsvoraussetzungen wurde vom

Bewertungsausschuss eine Übergangsregelung geschaffen: Die Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie (GOP 34291) kann ab **1. Oktober 2016 übergangsweise bis zum 30. Juni 2017** auch dann abgerechnet werden, wenn die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Dokumentation, Datenerfassung/-übermittlung sowie das Aufklärungsgespräch) noch nicht erfüllt werden.

In diesen Fällen wird die Leistung unter Vornahme eines Abschlags von 92 Punkten mit 3.135 Punkten (327,17 Euro) so vergütet, wie vor der Änderung der Gebührenordnungsposition 34291 zum 1. Oktober 2016. Auch die Prüfzeit der Leistung wird in diesen Fällen um fünf Minuten auf 43 Minuten reduziert.

Was Sie beachten müssen, wenn Sie die sQS-Daten nicht an die Datenstelle der KVB weiterleiten:

In den Fällen, in denen Sie die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß der Qesü-RL noch nicht erfüllen, **tragen Sie** bitte für die im Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017 von Ihnen durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographien anstelle der Gebührenordnungsposition 34291 EBM die **Gebührenordnungsposition 34291Q** (= 3.135 Punkte, 327,17 Euro) in Ihre Abrechnung ein. Die Kostenpauschale 40306 für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann zur Gebührenordnungsposition 34291Q nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Wenn Sie hingegen Ihre sQS-Daten bereits an die Datenstelle der

KVB weiterleiten und so die geforderte Qualitätssicherung nach der Qesü-RL erfüllen, können Sie für die von Ihnen durchgeführten Koronarangiographien **weiterhin die GOP 34291 EBM** (3.227 Punkte, 336,77 Euro) sowie die Kostenpauschale nach GOP 40306 für die im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung entstandenen Kosten abrechnen.

Weitere Informationen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung*.

Bei Fragen zur Datenübertragung als solches oder zu KV-Connect erreichen Sie unsere Berater „Online-Dienste“ 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

Bei Fragen zur Abrechnung erreichen Sie uns unter

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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung vom 12. Dezember 2016 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2017 beschlossen. Wir haben die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen in gesonderten Rundschreiben über die wichtigsten Einzelheiten bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen nochmals kurz dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Unsere Rundschreiben finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Service-schreiben*.

NäPA – weitere Förderung ab 1. Januar 2017

Hausärzte:

Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA) in Hausarztpraxen wird ab 1. Januar 2017 weiter gefördert, um mehr Ärzten die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03060, 03062 und 03063 zu ermöglichen und den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten besser zu vergüten.

Entschärfung der Genehmigungsvoraussetzungen

Die zur Abrechnung der Leistungen erforderliche durchschnittliche Mindestfallzahl in den letzten vier Quartalen wurde gesenkt:

Die durchschnittliche Fallzahl über die letzten vier Quartale ist erfüllt bei:

- durchschnittlich mindestens 700 (bisher 860) Fällen je Haus-

arzt (bei vollem Versorgungsauftrag) und Quartal. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 (bisher 640) Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang.

Beispiel: Bei einem Arztsitz 700 Fälle, bei zwei Sitzen 1.221 Fälle, bei 2,5 Sitzen 1.481,5 Fälle, bei drei Sitzen 1.742 Fälle

oder

- durchschnittlich mindestens 120 (bisher 160) Fällen je Hausarzt (bei vollem Versorgungsauftrag) bei Patienten ab 75 Jahren. Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 (bisher 120) Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang.

Beispiel: Bei einem Arztsitz 120 Fälle, bei zwei Sitzen 200 Fälle, bei 2,5 Sitzen 240 Fälle, bei drei Sitzen 280 Fälle

Sofern kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl entsprechend dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang berechnet.

Hinweis: Wenn Sie über eine Genehmigung für die NäPA gemäß Anlage 8 des Bundesmantelvertrags-Ärzte verfügen, werden die Fallzahlen automatisch von uns dahingehend überprüft, ob die notwendige durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen erreicht wurde.

Bessere Vergütung der NäPA-Leistungen

Die Vergütung des Strukturzuschlags nach der GOP 03060 (22 Punkte, 2,31 Euro) für die Kosten der Ausbildung, Ausstattung, Gehälter etc. der NäPA wird durch einen neuen Zuschlag angehoben. Neue Zuschläge gibt es außerdem auf die Vergütung für Hausbesuche durch einen quali-

fizierten nichtärztlichen Praxisassistenten nach der GOP 03062 (166 Punkte, 17,48 Euro) und auf den Mitbesuch nach GOP 03063 (122 Punkte, 12,85 Euro).

NEU: GOP 03061 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060

EBM-Bewertung	12 Punkte
Preis B€GO	1,26 Euro

NEU: GOP 03064 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062

EBM-Bewertung	20 Punkte
Preis B€GO	2,11 Euro

NEU: GOP 03065 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063

EBM-Bewertung	14 Punkte
Preis B€GO	1,47 Euro

- Sie müssen die Strukturpauschale nach GOP 03060 und den neuen Zuschlag nach GOP 03061 nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Sowohl die Strukturpauschale als auch der neue Zuschlag werden bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch von der KVB zugesetzt.
- Auch die neuen Zuschläge nach den GOPen 03064 und 03065 müssen Sie nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Die Zuschläge werden automatisch von der KVB den von Ihnen abgerechneten Besuchen nach den GOPen 03062 und 03063 zugesetzt.

Darüber hinaus wird die Höchstgrenze für die Abrechnung der Strukturpauschale (GOP 03060) einschließlich Zuschlag (GOP 03061) auf 23.800 Punkte angehoben (bisher: 12.851 Punkte). Damit wird die Strukturpauschale zukünftig für maximal 700 Fälle (bisher: 584 Fälle) vergütet. Bei Abrechnung von Selektiv-

vertrags-/Knappschaftsfällen (Kennzeichnung mit Nr. 88192 oder 88194) wird der Höchstwert um 34 Punkte statt bisher 22 Punkte je Behandlungsfall verringert.

Erster Besuch im Alten- oder Pflegeheim über GOP 03062 berechnungsfähig

Neu ist auch, dass der **erste Besuch** eines Patienten in Alten- oder Pflegeheimen beziehungsweise in anderen beschützenden Einrichtungen durch den nichtärztlichen Praxisassistenten über die höher bewertete Gebührenordnungsposition 03062 (166 Punkte, 17,48 Euro) abgerechnet wird. **Weitere Besuche** bei anderen Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft sind weiterhin mit der GOP 03063 abzurechnen.

Wichtiger Hinweis für NÄPA in Ausbildung

Die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte haben die ursprünglich bis 31. Dezember 2016 befristete Übergangsregelung für **NÄPA in Ausbildung bis zum 31. Dezember 2018 verlängert**. Damit können Hausärzte weiterhin schon dann eine Genehmigung für einen NÄPA erhalten, wenn sich der Assistent noch in Fortbildung zum NÄPA befindet.

Die Genehmigung wird mit dem Nachweis erteilt, dass mit der Fortbildung bereits begonnen wurde. In diesen Fällen ist die Genehmigung bis zum voraussichtlichen Abschluss der Fortbildung zu befristen, längstens jedoch für vier Quartale. Sofern Sie bereits über eine bis 31. Dezember 2016 befristete Genehmigung verfügen, erhalten Sie hierzu in Kürze ein gesondertes Schreiben.

Fachärzte:

Ab dem 1. Januar 2017 können nun auch **Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** (nach Genehmigung) die Besuche und Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Abschnitt 38.3 EBM (Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205) abrechnen. Die Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM wurde entsprechend erweitert.

Den Genehmigungsantrag finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit „A“/Assistenz/Abrechnung von Leistungen*.

Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen der einzelnen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 38 entnehmen Sie bitte den KVB INFOS, Ausgabe 9/2016 (Seite 130f.) sowie unseren Rundschreiben vom Juni und Dezember 2016.

Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs an die neue Kinder-Richtlinie

Zum 1. September 2016 trat die neue Kinder-Richtlinie in Kraft (siehe auch KVB INFOS, Ausgaben 7-8/2016 und 9/2016). Mit Beschluss vom 12. Dezember 2016 hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2017 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an die neue Struktur und die neuen Inhalte der Kinder-Richtlinie angepasst.

NEU: GOP 01709 – Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
EBM-Bewertung 50 Punkte
Preis B€GO 5,27 Euro

- Im Behandlungsfall nicht neben GOP 01707 berechnungsfähig.
- Für Neugeborene berechnungsfähig, bei denen gemäß Paragraf 36 der Kinder-Richtlinie das Screening auf Mukoviszidose noch nicht im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings erfolgt und daher im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist. In diesem Fall ist die Gebührenordnungsposition 01709 bis zum vollendeten 28. Lebensstag berechnungsfähig.

Geändert: GOP 01707 – Ergänzung des Leistungsinhalts und Höherbewertung

- Die Aufklärung über das Mukoviszidose-Screening wurde in den obligaten Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01707 aufgenommen.
- Die Screening-Dokumentation und die Probenentnahme für das Mukoviszidose-Screening gehört wie beim Neugeborenen-Screening zum fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01707.
- Das Neugeborenen-Screening nach Gebührenordnungsposition 01707 kann bis zum vollendeten zehnten Lebensstag durchgeführt und abgerechnet werden, wenn im Rahmen der U2-Früherkennungsuntersuchung festgestellt wird, dass das Neugeborenen-Screening noch nicht erfolgt und daher im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist.
- Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 01707 wird um 32 Punkte angehoben (neu: 135 Punkte, 14,22 Euro).

Neue Leistungen für die Labor-diagnostik

Für die im Rahmen der Kinder-Richtlinie geforderten Laboruntersuchungen werden neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 1.7.1 EBM aufgenommen. Die erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten wird über die neue Gebührenordnungsposition 01724 abgebildet. Die bisherige Gebührenordnungsposition 01708 wird gestrichen und kann ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr abgerechnet werden. Die dreistufige Diagnostik des neuen Screenings auf Mukoviszidose wird zukünftig über die neuen Gebührenordnungspositionen 01725 bis 01727 vergütet.

NEU: GOP 01724 – Erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten mittels Laboruntersuchungsverfahren beziehungsweise Tandemmassenspektrometrie

EBM-Bewertung	117 Punkte
Preis B€GO	12,32 Euro

NEU: GOP 01725 – Immunologische Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT)

EBM-Bewertung	23 Punkte
Preis B€GO	2,42 Euro

NEU: GOP 01726 – Immunologische Bestimmung Pankreatitissassoziertes Protein (PAP)

EBM-Bewertung	399 Punkte
Preis B€GO	42,01 Euro

NEU: GOP 01727 – Gezielte molekulargenetische Untersuchung des Cystic Fibrosis Transmembran Regulator-Gens (CFTR-Gens) gemäß Anlage 4a „DNA-Mutationsanalyse“ der Kinder-Richtlinie

EBM-Bewertung	3.746 Punkte
Preis B€GO	394,45 Euro

- Die Gebührenordnungsposition 01727 ist im Krankheitsfall nicht neben der Grundpauschale bei Probeneinsendung (Gebührenordnungsposition 11301) und der Untersuchung des CFTR-Gens (Gebührenordnungsposition 11351) berechnungsfähig.

Für alle Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 gilt:

- Für die Durchführung und Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 ist eine Genehmigung der KVB erforderlich.

Das Antragsformular wurde aktualisiert. Sie finden es unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/N/Neugeborenen-Screening*.

- Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 ist der Nachweis einer vorliegenden Einwilligung der Personenberechtigten (zum Beispiel Eltern) in das erweiterte Neugeborenen-Screening beziehungsweise das Mukoviszidose-Screening erforderlich (Bestätigung über Sammelklärung).

Anhebung der Bewertung der U-Untersuchungen

Aufgrund geänderter Untersuchungs- und Beratungsinhalte wurde die Bewertung der Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01719 und 01723 (U-Untersuchungen) EBM angehoben und gleichzeitig angeglichen. Jede U-Untersuchung wird künftig mit 401 Punkten (42,23 Euro) vergütet.

Regelung zum Gelben Heft:

Bei Kindern im ersten Lebensjahr (bis zur U6) verwenden Sie bitte bei der nächsten anstehenden Früherkennungsuntersuchung das neue Gelbe Heft. Bei Kindern, deren U6

bereits erfolgt ist, dokumentieren Sie bitte die neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern in der bisherigen Version des Gelben Hefts („altes“ gelbes Heft). Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen kann auf einer einlegbaren Teilnahmekarte dokumentiert werden.

Kinder- und Jugendärzte können die neuen Gelben Hefte, die Einlegeblätter für die Untersuchungen U7 bis U9 sowie die einlegbaren Teilnahmekarten wie gewohnt über den Kohlhammer-Verlag beziehen.

Humangenetik und Pathologie

Neu: Molekularzytogenetischer Nachweis zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie

Für die molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie wird eine neue Gebührenordnungsposition in den Abschnitt 19.4.4 EBM (Allgemeine in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen) aufgenommen:

Neu: GOP 19450 – Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen

EBM-Bewertung	518 Punkte
Preis B€GO	54,55 Euro

- Je Zielsequenz berechnungsfähig.
- Ist eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung notwendig, kann die Gebührenordnungsposition 19402 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19450 berechnet werden.

Pränatale zytogenetische Untersuchung neben der Mutations-suche bei Familienmitgliedern berechnungsfähig

Der Abrechnungsausschluss der pränatalen zytogenetischen Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Gebührenordnungsposition 01793 neben der Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutationen nach Gebührenordnungsposition 11518 wird aufgehoben und so die bereits vor dem 1. Juli 2016 bestehende Berechnungsfähigkeit von Untersuchungen auf bekannte Mutationen wieder hergestellt.

Diese Änderung ersetzt jedoch nicht die Anpassung der genetischen in-vitro-Diagnostik in der Mutterschaftsvorsorge an den Stand von Wissenschaft und Technik. Die Anpassungen der genetischen Untersuchungen in den Abschnitten 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge), 1.7.5 (Empfängnisregelung) und 8.5 (Reproduktionsmedizin) sind zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Genehmigungspflicht GOP 11235 und 11236

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). Die bisherige Befristung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 11235 und 11236 ohne das Vorliegen einer Genehmigung wurde nun um ein weiteres Jahr bis zum 1. Januar 2018 verlängert.

GOP 11449 – Angabe von OMIM-Kodes erforderlich

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen 11511 bis 11514, 11516

bis 11518, 11521, 11522, 19421 bis 19425 und 19451 bis 19456 ist ab dem 1. Januar 2017 **auch bei der Gebührenordnungsposition 11449** sowohl die Art der Erkrankung als auch die Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) anzugeben.

Die OMIM-Angaben sind für jede der oben aufgeführten Gebührenordnungspositionen wie folgt einzutragen:

- Feldkennung **5070**: untersuchtes Gen/Genname (OMIM-G-Kode)
- Feldkennung **5071**: Art der Erkrankung (OMIM-P-Kode)

Sind die von Ihnen dokumentierten OMIM-Kodes in der derzeit gültigen Stammtabelle **nicht** enthalten, nehmen Sie bitte folgende Eintragungen vor:

- Feldkennung **5070** und **5071**: Ersatzwert „9999999“
- Feldkennung **5072**: Gen-Name (als Freitext)
- Feldkennung **5073**: Art der Erkrankung (als Freitext)

Hinweis: Die notwendige Angabe der OMIM-Kodes bei der Abrechnung ersetzt nicht die vorherige Genehmigung der Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11449 durch die zuständige Krankenkasse.

Abrechnungsausschluss „kleiner“ und „großer“ Mutationssuchen im Krankheitsfall

Der Leistungsumfang der „kleinen Mutationssuche“ nach den Gebührenordnungspositionen 11513, 19424 und 19453 ist in der „großen Mutationssuche“ nach den Gebührenordnungspositionen 11514, 19425 und 19454 vollständig enthalten und aus diesem Grund nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Nachweis HLA-B27 (GOP 32931) – ab 1. Juli 2017 nur mittels molekulargenetischer Verfahren

Die Gebührenordnungsposition 32931 ist ab dem 1. Juli 2017 ausschließlich für den molekulargenetischen Nachweis des HLA-B27-Merkmals berechnungsfähig. Bis dahin kann die Gebührenordnungsposition 32931 auch noch für den immunologischen Nachweis auf HLA-B27 berechnet werden.

Weitere redaktionelle Änderungen

- In der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 19.4 EBM sowie der ersten Bestimmung zum Unterabschnitt 19.4.4 wird klargestellt, dass die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 ausschließlich bei **zyto- und/oder molekulargenetischen Verfahren** zur Indikationsstellung tumorgenetischer Veränderungen berechnungsfähig sind.
- In den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11513, 19424 und 19453 wird klargestellt, dass die häufigkeitsbezogene Abstufung der Leistungen ab der 21. Leistung im Krankheitsfall erfolgt.
- Anpassung der obligaten Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen 11503, 19410 und 19433:
 - Streichung des bisherigen Zusatzes „des Karyotyps“ bei den Gebührenordnungspositionen 11503 und 19410, da die Forderung der Befundung des kompletten Karyotyps auf Grundlage der Untersuchungen nicht sachgerecht ist.
 - Die GOP 19410 wird um den Zusatz „Auswertung von **mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben** oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen

und/oder **drei Metaphasen**“ erweitert.

- Die Beschränkung auf die variablen Regionen des Immunglobulin-Schwerketten-gens (IGHV) bei der GOP 19433 wird aufgehoben.

Kapitel 37 EBM – Abrechnung durch weitere Fachgruppen ab 1. Januar 2017

Ab dem 1. Januar 2017 können bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen die Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen des Kapitels 37 EBM durch weitere Fachgruppen berechnet werden:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Neurochirurgie

Ausführliche Informationen zum Berechtigungsverfahren, den Gebührenordnungspositionen, den teilnehmenden Fachgruppen und zum Musterkooperationsvertrag finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen/Pflegeheimversorgung* beziehungsweise unter www.kvb.de/pflegeheimversorgung.

Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung – Abrechnung der GOP 30980 und 30988 durch Psychiater ab 1. Januar 2017

Ab dem 1. Januar 2017 können **Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** in Kooperation mit Hausärzten im Ausnahmefall die Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach den Gebührenordnungspositionen 30980

(Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments) und 30988 (Zuschlag für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abrechnen.

Ausführliche Informationen über die Leistungsinhalte und Abrechnungsbestimmungen der einzelnen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.13 EBM finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 6/2016, Seiten 89f, 97ff. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben wir mit Rundschreiben vom 20. Dezember 2016 gesondert informiert.

Weitere EBM-Änderungen

Sozialpädiatrie: GOP 04356 – Änderung der Abrechnungsbestimmung

Der Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 04356 ist ab 1. Januar 2017 bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur GOP 04417 und GOP 13554

Nachdem die Beratungen zur Einführung der neuen Qualitätssiche-

rungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-Systeme) gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V noch andauern, hat der Bewertungsausschuss eine Verlängerung der vereinbarten Übergangsregelung beschlossen. Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554 ist daher weiterhin bis zum 30. Juni 2017 bei Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der „Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V“ möglich.

Kostenpauschalen 40835 und 40836 – Höherbewertung (siehe Tabelle)

Der Bewertungsausschuss hat die Bewertung der Kostenpauschalen 40835 und 40836 für den Zeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 sowie ab dem 1. Januar 2018 angehoben und berücksichtigt damit unter anderem die gestiegenen Kosten für Hygienemaßnahmen im Bereich der Infektionsanalyse. Der Bewertungsausschuss überprüft zum 1. Januar 2019, ob eine weitere Anpassung der Kostenpauschalen notwendig ist.

Kostenpauschale	Bewertung bis 31.12.2016 in Euro	Bewertung ab 1.1.2017 in Euro	Bewertung ab 1.1.2018 in Euro
40835	30,00	60,00	90,00
40836	10,00	20,00	30,00

Anpassung des EBM an die aktuelle Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung

Aufgrund der Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung (QSV) zum 1. Oktober 2016 (siehe KVB INFOS, Ausgabe 10/2016, Seite 157) wurde die Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM in Ziffer 2 und Ziffer 6 entsprechend angepasst:

- Wie bisher gilt, dass die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten soll, vergleiche Paragraph 5 Absatz 6 QSV. Jedoch steht die Prüfung von Fällen, in denen die zwei Jahre überschritten wurden, künftig im Ermessen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Wenn eine solche Prüfung durchgeführt wird, kann die KV vom Arzt Angaben zu den entsprechenden Patienten sowie eine Stellungnahme anfordern und/oder ein Beratungsgespräch durchführen, vergleiche Ziffer 2 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM.
- Nach wie vor müssen an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorgehalten werden, vergleiche Paragraph 5 Absatz 2 QSV. Die Vorgabe bezieht sich jedoch künftig nicht mehr auf den Arzt, sondern auf die Einrichtung, vergleiche Ziffer 6 der Präambel zu Abschnitt 30.7 EBM. Das bedeutet, dass die vorzuhaltenden Schmerzsprechstunden auch auf mehrere Betriebsstätten (zum Beispiel Hauptbetriebsstätte und Filiale) aufgeteilt werden können.

Anhang 3 EBM

Die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM werden wegen der Neuaufnahme beziehungsweise der Änderung von Gebührenordnungspositionen angepasst. So wurde der Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans nach der Gebührenordnungsposition 01630 in den Anhang 3 zum EBM aufgenommen und ebenso wie die die neuen Gebührenordnungspositionen 01709 und 01724 bis 01727 der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet.

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

Änderungen des EBM zum 1. April 2017

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 386. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit Wirkung zum 1. April 2017 beschlossen. 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-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht.

Neu: Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen

Zum 1. April 2017 wurden die Leistungen zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von digital erstellten Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen erstmalig in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

Voraussetzungen zur Abrechnung
 Für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 bedarf es einer **Genehmigung** der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Röntgen- und/oder CT-Untersuchungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V.

Die Gebührenordnungspositionen können darüber hinaus nur berechnet werden, wenn die **technischen Anforderungen** an den Kommunikationsdienst gemäß der Anlage 31a BMV-Ärzte erfüllt sind.

Erstbefunder und Konsiliararzt müssen folgende Vorgaben erfüllen:

- Die apparative Ausstattung der Bildaufnahme- und Bildwiedergabeeinrichtungen müssen die diagnostische Aussagekraft gewährleisten.
- Zur Sicherstellung datenschutzkonformer Transportwege muss für die Kommunikation ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) verwendet werden.
- Die elektronische Beauftragung und Zweitbefundung eines Telekonsils müssen mit dem **elektronischen Heilberufsausweis** qualifiziert elektronisch signiert werden.
- Die Datenverarbeitung hat in Hinblick auf die Datensicherheit entsprechend den technischen und organisatorischen Vorgaben nach Paragraf 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu erfolgen. Die Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zu beachten.

Der Kommunikationsdienst muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Er muss gewährleisten, dass Anforderungen und Qualitätsstandards bei der digitalen Bildaufzeichnung auch nach der Übermittlung erfüllt werden (das heißt DICOM-Standard).
- Absender und Empfänger müssen eindeutig identifizierbar sein.
- Die digitale Nachricht muss einschließlich personenbezogener Dateien (Bild, Befund) entsprechend den Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik Ende-zu-Ende verschlüsselt sein (Technische Richtlinie 3116-1).
- Perspektivisch muss der Dienst als sogenanntes „Sicheres Übermittlungsverfahren“ von der ge-

matik zugelassen und in der Telematikinfrastruktur (TI) erreichbar sein.

- Solange kein Dienst in der TI verfügbar ist, muss der verwendete Kommunikationsdienst die Anforderungen an Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten gewährleisten und mit einem einschlägigen Zertifikat erfolgreich nachweisen.

Wer darf abrechnen?

Vertragsärzte, die zur Abrechnung derjenigen Röntgen- und CT-Leistungen berechtigt sind, für die eine telekonsiliarische Befundbeurteilung eingeholt wird.

Wann darf ein Telekonsil durchgeführt werden?

- Wenn die medizinische Fragestellung nicht in das Fachgebiet des Arztes fällt, der das Telekonsil einholt. Hier muss ein Radiologe beauftragt werden.
- Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erforderlich macht. Hier kann ein Radiologe oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt beauftragt werden.

Nicht möglich:

- innerhalb eines MVZ
- innerhalb einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft
- zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis
- innerhalb einer Apparategemeinschaft
- innerhalb eines Krankenhausgeländes
- für radiologische Befundbeurteilungen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von

Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä

NEU: GOP 34800 – Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä
 EBM-Bewertung 91 Punkte
 Preis B€GO 9,58 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, eine zweimalige Berechnung im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus (Feldkennung 5009)
- nur im Zeitraum von vier Wochen nach den jeweiligen Grundleistungen aus Abschnitt 34.2 beziehungsweise 34.3 berechnungsfähig
- Die GOP 40104 ist für die elektronische Übermittlung von Röntgenaufnahme(n) oder Computertomografieaufnahme(n) im Zusammenhang mit der GOP 34800 nicht berechnungsfähig.
- in derselben Sitzung nicht neben den Kostenpauschalen 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben den anderen neuen GOP für die telekonsiliarische Befundbeurteilung (GOP 34810, 34820 und 34821) berechnungsfähig
- nur bis zu einem begrenzten Punktzahlvolumen je Arztpraxis pro Quartal berechnungsfähig

Die Höhe des Punktzahlvolumens ergibt sich aus 91 Punkten multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis, in denen mindestens eine der jeweiligen Grundleistungen berechnet wurde.

NEU: GOP 34810 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

EBM-Bewertung	110 Punkte
Preis B€GO	11,58 Euro

NEU: GOP 34820 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

EBM-Bewertung	276 Punkte
Preis B€GO	29,06 Euro

NEU: GOP 34821 – Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

EBM-Bewertung	389 Punkte
Preis B€GO	40,96 Euro

Bei der Abrechnung der GOP 34810, 34820 und 34821 ist Folgendes zu beachten:

- je Konsiliarauftrag berechnungsfähig
- Für die Durchführung einer telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320,

34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag für Kontrastmittelgabe beziehungsweise weiterer Serien (GOP 34312, 34343 und 34344) ist ausschließlich die GOP 34821 berechnungsfähig.

- im Behandlungsfall nicht neben den Berichtsleistungen nach den GOP 01600, 01601 und den Kostenpauschalen 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig

HLA-Typisierung: Absenkung der GOP 32937 zum 1. April 2017

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wird die Bewertung der GOP 32937 (Typisierung eines HLA Klasse I in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung) von 150,- Euro auf 115,- Euro abgesenkt. Damit wird sie in der Bewertung an die inhaltlich entsprechende GOP 32902 angeglichen.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Änderung und Löschung von OPS-Codes

Mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ist der Operationenschlüssel Version 2017 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2017 neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersicht der neu aufgenommenen und gestrichenen OPS-Codes stellen wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO – EBM* zur Verfügung.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung

von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

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

Neue Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zum 1. April 2017

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 13. Sitzung vom 7. Dezember 2016 die Einführung von drei Schweregradzuschlägen für besonders aufwendige Behandlungsfälle und die Aufnahme von zwei Abklärungspauschalen mit Wirkung zum 1. April 2017 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen in Kürze dar.

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

Neue Abklärungspauschalen

Mit der neuen Pauschale wird die Abklärung einer Behandlungsnotwendigkeit und Koordination einer weiteren Behandlung vergütet. Die neuen Abklärungspauschalen sind nur berechnungsfähig, wenn sich herausstellt, dass die Erkrankung eines Patienten keiner sofortigen Maßnahme (Notfallbehandlung) bedarf, sondern der Patient durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung behandelt werden kann.

Berechnungsfähig am Tag (wochen- tags von 7.00 bis 19.00 Uhr):

- **GOP 01205** (45 Punkte, 4,74 Euro), einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember:

- **GOP 01207** (80 Punkte, 8,42 Euro), einmal im Behandlungsfall

Bei der Abrechnung der Abklärungspauschalen ist zu beachten:

- Wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210,

01212, 01214, 01216 und 01218) ist auch bei Abrechnung der neuen Abklärungspauschalen zwingend der Zeitpunkt der Leistungserbringung bei der Gebührenordnungsposition anzugeben (Uhrzeitangabe in Feldkennung 5006).

- Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse sind dieselben wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218). Zudem sind Leistungen, die bildgebende Diagnostik beinhalten (Kapitel 33 und 34) sowie Leistungen der Psychotherapie (Kapitel 35) neben den Abklärungspauschalen ausgeschlossen.
- Wurden bei der ersten Inanspruchnahme die GOP 01205 oder 01207 berechnet, können die Notfallkonsultationspauschalen nach den GOP 01214, 01216 und 01218 bei einer weiteren Inanspruchnahme im Quartal nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnet werden (Feldkennung 5009).

Neue Schweregradzuschläge

Infolge des Krankenhausstrukturgesetzes sind die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Mit Wirkung zum 1. April 2017 werden drei Schweregradzuschläge für Patienten mit erhöhtem Behandlungsaufwand in den EBM aufgenommen.

Berechnungsfähig am Tag (wochen- tags von 7.00 bis 19.00 Uhr):

- **GOP 01223** (128 Punkte, 13,48 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember:

- **GOP 01224** (195 Punkte, 20,53 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall
- **GOP 01226** (90 Punkte, 9,48 Euro) – Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf und bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind an fest definierte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen geknüpft. Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens einer gesicherten Behandlungsdiagnose (Angabe ICD mit Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit): Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus, Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70), akute tiefe Beinvenenthrombose, hypertensive Krise, Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9), Pneumonie oder akute Divertikulitis. In Ausnahmefällen können die Gebührenordnungspositionen bei Angabe einer ausführlichen, schriftlichen medizinischen Begründung auch für andere schwere und komplexe Behandlungsdiagnosen abgerechnet werden (Feldkennung 5009).

Die Gebührenordnungspositionen 01224 und 01226 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

ASV-Beschlüsse zum EBM

Bewertungsänderung GOP 01210

Aufgrund der Einführung der neuen Schweregradzuschläge (GOP 01223, 01224 und 01226) wird zum 1. April 2017 die Bewertung der Notfallpauschale am Tag nach GOP 01210 von bisher 127 Punkte (13,37 Euro) auf 120 Punkte (12,64 Euro) abgesenkt.

Bei Fragen zur 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 folgenden Regelungen werden mit Wirkung zum 1. April 2017 vorbehaltlich einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Frist zwei Monate ab Beschlussdatum) in Kraft treten.

Neue Struktur des Bereichs VII EBM

Das Kapitel 50 wird wie folgt umbenannt:

Anlagenspezifische Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Diese Gebührenordnungspositionen (GOP) dürfen nur bei einer bestimmten ASV-Indikation abgerechnet werden.

Das Kapitel 51 wird neu hinzugefügt:

Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Diese GOP dürfen für mehrere ASV-Indikationen übergreifend abgerechnet werden.

Überführung von GOP

Folgende bereits aufgenommene Leistungen aus dem Abschnitt 50.2 EBM werden in das Kapitel 51.4 – Behandlung von onkologischen Erkrankungen – überführt:

- GOP 51040 – Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie
- GOP 51041 – Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinä-

ren Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams

Neuaufnahme von GOP in Kapitel 51

Es wurden Strukturpauschalen aufgenommen (Abschnitt 51.1 EBM):

Neu: GOP 51010 – Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft: einmal im Kalendervierteljahr je Patient

EBM-Bewertung	230 Punkte
Preis B€GO	24,22 Euro*

Neu: GOP 51011 – Qualitätskonferenzen (Durchführung/Teilnahme): einmal im Kalendervierteljahr je Patient

EBM-Bewertung	15 Punkte
Preis B€GO	1,58 Euro*

Wichtiger Hinweis:

Die oben genannten Strukturpauschalen werden von einem koordinierenden Arzt für das gesamte ASV-Team abgerechnet, nicht von jedem einzelnen Arzt. Als koordinierender Arzt kann entweder ein Arzt der Teamleitung oder ein anderes Mitglied des Kernteams festgelegt werden. Wie die Vergütung verteilt wird, regelt das jeweilige ASV-Team selbst.

Weiterhin wurden **psychotherapeutische Leistungen** aufgenommen (Abschnitt 51.3 EBM):

Neu: GOP 51030 – Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung (analog der GOP 23220, jedoch ohne Mengenbegrenzung): je vollendete zehn Minuten

EBM-Bewertung	108 Punkte
Preis B€GO	11,37 Euro*

Neu: GOP 51032 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppen-

Simultaneingriff bei Operationen der Kategorie 7

behandlung bei Erwachsenen: je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten
EBM-Bewertung 74 Punkte
Preis B€GO 7,79 Euro*

GOP 51033 – Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen: je Teilnehmer, je vollendete 25 Minuten
EBM-Bewertung 74 Punkte
Preis B€GO 7,79 Euro*

Aufnahme eines neuen Anhangs 6

Anhang 6 beinhaltet eine Übersicht zur Zuordnung der Leistungen (GOP) der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der ASV-Richtlinie unter Berücksichtigung der jeweiligen abrechnungsberechtigten Fachgruppen sowie Indikationen und sonstige Anforderungen. Darüber hinaus wird hier geregelt, wie zum Beispiel bei Abweichungen zwischen der Leistungsbeschreibung im Appendix einer Anlage zur ASV-RL einerseits und dem EBM-Anhang 6 andererseits, zu verfahren ist.

*) Die ausgewiesenen B€GO-Preise stehen unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts.

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

Regelungen zu den Simultaneingriffen finden sich in der Präambel des Anhangs 2 des EBM, der die Zuordnung der operativen Prozeduren zu den ambulanten und belegärztlichen Operationen regelt. Danach dürfen Simultaneingriffe im Zusammenhang mit Eingriffen der Kategorien 1 bis 6 abgerechnet werden, wenn ausweislich des OP- und/oder Narkoseprotokolls die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs überschritten wurde (Nummer 3 in Verbindung mit Nummer 15 des Anhangs).

Für Eingriffe der Kategorie 7 gilt diese Regelung nicht. Abweichend von der vorgenannten Regelung für Eingriffe der Kategorie 1 bis 6 gilt bei Behandlungen der Kategorie 7: Simultaneingriffe dürfen erst mit einer über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehenden Schnitt-Naht-Zeit abgerechnet werden, siehe Präambel Nummer 4. Die Abrechnung eines Simultaneingriffs ist bei dieser Kategorie somit erstmalig nach weiteren 15 Minuten mit Vollendung der 135. Minute zulässig.

Die vorgenannte Nummer 15 der Präambel des Anhangs 2 bezieht sich ausschließlich auf die Zuschläge für die in Nummer 3 genannten Simultaneingriffe im Zusammenhang mit Eingriffen der Kategorien 1 bis 6. Für Eingriffe der Kategorie 7 gilt wegen Nummer 4 der Präambel eine abweichende Regelung.

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

Blankoformularbedruckung: Antragsverfahren entfällt

Was ist die Blankoformularbedruckung?

Unter der Blankoformularbedruckung (BFB) versteht man die Formularerzeugung auf unbedrucktem Sicherheitspapier durch die Praxissoftware in Ihrer Arztpraxis unter Verwendung eines Laserdruckers, der sowohl das eigentliche Formular als auch den Formularinhalt generiert.

Sie können am BFB-Verfahren teilnehmen, wenn Ihre Praxissoftware von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die BFB zusätzlich zertifiziert ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit Ihrer Software nur Formulare erstellen dürfen, für die die KBV die Zertifizierung erteilt hat. Die zertifizierten Softwaresysteme sowie die zugelassenen Formulare finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/EDV-Abrechnung*.

Warum entfällt der Genehmigungsantrag für die Blankoformularbedruckung?

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf den Wegfall zum 1. Januar 2017 geeinigt. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte wurde entsprechend geändert.

Welche Konsequenzen hat der Wegfall des Genehmigungsantrags?

Der Wegfall der Genehmigungspflicht bedeutet für Sie eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands in Ihrer Praxis. Der Genehmigungsantrag ist nicht mehr erforderlich, da Sie bei Verwendung der BFB ohnehin verpflichtet sind, eine von der KBV zertifizierte Software zu verwenden.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Trotz Wegfalls der Genehmigungspflicht dürfen Sie weiterhin nur eine von der KBV zertifizierte Software benutzen. Treten dennoch Fehler bei der Erstellung der Formulare auf, informieren Sie bitte uns oder die KBV.

Sie können das Sicherheitspapier in den Größen DIN A4 und DIN A5 über die Firma Kohlhammer – ohne Vorlage eines Genehmigungsschreibens der KBV – beziehen.

Ergänzende Informationen

Bitte beachten Sie, dass Sie das Sicherheitspapier ausschließlich im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeiten benutzen dürfen. Anderweitige Verwendungen, zum Beispiel zur Privatliquidation, sind nicht zulässig.

Bei Fragen erreichen Sie die KBV-Service-telefonie „IT in der Praxis“ 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

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

Lifestyle-Arzneimittel (Anlage II)

- In der Tabelle unter der Indikation „Abmagerungsmittel (zentral wirkend)“ wird in der Zeile zum Wirkstoff „A 08 AA 10 Sibutramin“ in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) das Wort „REDUCTIL“ gestrichen, da Reductil nicht mehr im Markt verfügbar ist.
- Die Tabelle unter den Indikationen „sexuelle Dysfunktion“ und „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wird jeweils wie folgt geändert:
 - In der Zeile zum Wirkstoff „Turnera diffusa Dil. D4“ wird in der linken Spalte („Wirkstoff“) die Angabe „Dil. D4“ gestrichen.
 - In der Zeile zu „Turnera diffusa“ werden in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) entsprechend der alphabetischen Reihenfolge die Wörter „Cefagil“ und „Neradin“ sowie bei „Steigerung des sexuellen Verlangens“ zusätzlich „Remisens“ eingefügt.
 - Der Zeile zum Wirkstoff „Turnera diffusa“ wird folgende Zeile angefügt: „Turnera diffusa Kombinationen: Damiana N Oligoplex, Virilis-Gastreu S R41, Yohimbin Vitalkomplex“.
- Die Tabelle unter der Indikation „Steigerung des sexuellen Verlangens“ wird außerdem wie folgt geändert:
 - In der Zeile zum Wirkstoff „G 03 BA 03 Testosteron“ wird in der rechten Spalte („Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken“) das Wort „Intrinsa“ gestrichen,

da Intrinsa nicht mehr im Markt verfügbar ist.

Therapiehinweise (Anlage IV)

- Aufhebung des Therapiehinweises zu Infiximab bei Morbus Crohn

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

- belAir® NaCl 0,9 % – Befristung bis 8. November 2021
- Healon®, HEALON5® und „HEALON GV® – Befristung bis 1. November 2019. Microvis c® plus – Befristung bis 1. September 2020
- OPTYLURON NHS 1,0 % und OPTYLURON NHS 1,4 % – Befristung der Verordnungsfähigkeit bis 1. Juni 2019
- PURI CLEAR – Befristung bis 29. November 2021

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 G-BA belegen. Die folgenden vom G-BA beschlossenen Nutzenbewertungen traten zuletzt in Kraft:

- Albutrepenonacog alfa/Idelvion®
- Ataluren/Translarna™ – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Blinatumomab/Blinicyto® – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Crizotinib/Xalkori® – neues Anwendungsgebiet
- Daratumumab/Darzalex®
- Elotuzumab/Empliciti®
- Empagliflozin/Jardiance®
- Empagliflozin/Metformin/Synjardy®

Rückforderungsanträge der Krankenkassen vermeiden!

- Emtricitabin/Rilpivirin/Tenofoviralafenamid/Odefsey®
- Emtricitabin/Tenofoviralafenamid/Descovy®
- Eribulin/Halaven® – neues Anwendungsgebiet: Liposarkom
- Ibrutinib/Ibruvica® – neues Anwendungsgebiet: Behandlung erwachsener Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie
- Ibrutinib/Imbruvica® – neues Anwendungsgebiet
- Idelalisib/Zydelig®
- Migalastat/Galafold™
- Necitumumab/Portrazza®
- Nivolumab/Opdivo® – neue Anwendungsgebiete – Nierenzellkarzinom, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Melanom
- Obinutuzumab/Gazyvaro® – neues Anwendungsgebiet)
- Osimertinib/Tagrisso®
- Ospemifen/Senshio®
- Ramucirumab/Cyramza® – neues Anwendungsgebiet: Magenkarzinom, Kolorektalkarzinom, Lungenkarzinom
- Saxagliptin/Onglyza® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Saxagliptin/Metformin/Komboglyze® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Selexipag/Upravi®
- Sitagliptin/Januvia®, Xelevia® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Sitagliptin/Metformin/Janumet®/Velmetia® – erneute Bewertung nach Fristablauf
- Talimogen laherparepvec/Imlygic®
- Ticagrelor/Brilique® – neues Anwendungsgebiet: Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei einem Myokardinfarkt (MI) in der Vorgeschichte (Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung* finden Sie Hintergrundinformationen sowie eine quartalsweise Zusammenfassung der in Kraft getretenen Beschlüsse einzelner Nutzenbewertungen.

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

Seit der Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) im April 2009 gab es immer wieder Änderungen und Ergänzungen einzelner Normen der AM-RL beziehungsweise ihrer Anlagen.

In unserem „Verordnung Aktuell – Übersicht von Präparaten, bei denen von den Krankenkassen Rückforderungsanträge gestellt werden“ finden Sie Arzneimittel, deren Kosten von den Krankenkassen zurückgefordert werden. Diese Liste wurde zuletzt im Januar 2017 aktualisiert. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit!

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 Fentanyl-Pflastern

Nach einer aktuellen Auswertung des Bundeskriminalamts ist die Vergiftung durch Fentanyl zu zirka zehn Prozent Ursache der rauschgiftabhängigen Todesfälle, wie uns das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege informierte.

Vor allem im Vertretungsfall kommt es häufig vor, dass Patienten gegen angebliche chronische Schmerzen ein Betäubungsmittel(BtM)-Rezept über Fentanyl-Pflaster verlangen. Das widerrechtliche Erschleichen von Fentanyl-Rezepten durch Abhängige stellt nicht nur einen Betrug an den Krankenkassen, sondern auch einen Straftatbestand nach dem Betäubungsmittelgesetz dar.

Seien Sie bei der Verordnung von Fentanyl-Pflastern daher vorsichtig, insbesondere bei Ihnen unbekanntem Patienten.

Folgende Fragen sollten rechtmäßig behandelte Fentanyl-Patienten, die eine Indikation für die Anwendung eines Betäubungsmittels haben, problemlos beantworten können:

- Von welchem Arzt und wann wurde Ihre letzte Fentanyl-Verordnung ausgestellt? Prüfen Sie eventuell telefonisch, ob diese Arztpraxis wirklich nicht erreichbar ist.
- Wie oft erfolgt ein Pflasterwechsel? Überprüfen Sie die zuletzt verordnete Menge und die Reichdauer.
- In welcher Apotheke haben Sie Ihre letzte Packung Fentanyl-Pflaster bekommen? Halten Sie eventuell Rücksprache mit dieser Apotheke.
- Wo klebt aktuell Ihr Fentanyl-Pflaster? Lassen Sie sich das Pflaster/die Klebestelle zeigen.

Soweit diese Fragen nicht oder nicht plausibel beantwortet werden können, sollten Sie eine Verordnung von Fentanyl-Pflastern sorgfältig abwägen. Falls die Verordnung eines BtM im Vertretungsfall aus medizinischen Gründen durch Sie erfolgen muss, sollte grundsätzlich die kleinstmögliche Menge verordnet werden.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass Fentanyl-Pflaster nicht als Substitutionsmittel zugelassen sind!

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

Sprechstundenbedarf

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-V), die zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in unserem „Verordnung Aktuell – Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung: Änderungen und Ergänzungen“ vom 24. Januar 2017 zusammengestellt.

Änderungen im Vereinbarungstext

Es ergab sich ein Anpassungsbedarf des Vereinbarungstextes unter II. Anwendungsbereich und IV. Verordnung von Sprechstundenbedarf.

II. Anwendungsbereich:

Der Punkt 3. c): „Diese Vereinbarung gilt nicht für die ambulante Behandlung durch Leistungserbringer für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Paragraf 116b SGB V)“ wurde um den Halbsatz „soweit es sich um Krankenhausärzte handelt“ ergänzt.

IV. Verordnung von Sprechstundenbedarf:

- Grundsätzlich dürfen Produkte, die über den Sprechstundenbedarf bezogen wurden, nicht an Patienten zur Anwendung außerhalb der Praxis ausgehändigt werden.
- Medizinprodukte: Abgabeabschlüsse, die vertraglich oder über Vereinbarungen beziehungsweise Richtlinien geregelt sind, sind auch im Rahmen der SSB-V wirksam.
- Rezepturen sind grundsätzlich verordnungsfähig. Es gelten jedoch die gleichen Einschränkungen wie für aufgeführte Fertigarzneimittel beziehungsweise Wirkstoffgruppen. Es gilt, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten!

Ausstellen einer Sprechstundenbedarfs-Verordnung

Änderungen in der „Anlage Sprechstundenbedarf“

Es ergab sich ein Anpassungsbedarf des Vereinbarungstextes unter „Arzneimittel“

- Ätzmittel
- Analgetika
- Sklerosierungsmittel

Unter „Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme“ wurden die Infusionspumpen (nicht verordnungsfähig!) ergänzt.

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

Unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* finden Sie unsere neue Ausfüllhilfe zum Muster 16a bay (Sprechstundenbedarfs-Rezept).

Um Ihren Sprechstundenbedarf (SSB) zu verordnen, verwenden Sie bitte ausschließlich das Muster 16a bay!

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

Pneumokokken: PCV13 oder PPSV23?

Nach dem derzeitigen Stand der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) erhalten

- als Indikationsimpfung
 - gefährdete Kleinkinder bis einschließlich vier Jahren eine Impfung mit einem Konjugat-Impfstoff
 - gefährdete Personen ab dem fünften Geburtstag PCV13 (Konjugat-Impfstoff) oder PPSV23 (Polysaccharid-Impfstoff)
- als Standardimpfung
 - Personen über 60 Jahre PCV13 oder PPSV23

Die aktuelle Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) lautet:

- Indikationsimpfung bei angeborenen oder erworbenen Immundefekten/Immunsuppression: sequenzielle Impfung mit PCV13, gefolgt von PPSV23 nach sechs bis zwölf Monaten. Gleiches gilt bei anatomischen und Fremdkörperassoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis.
- Indikationsimpfung bei sonstigen chronischen Krankheiten: Impfung mit PPSV23:
 - bis 16 Jahre Impfung mit PCV13, gefolgt von PPSV23 nach sechs bis zwölf Monaten
 - Standardimpfung Erwachsener ab 60 Jahre: Impfung mit PPSV23.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in einem Beschluss die Empfehlung der STIKO in die (SI-RL) übernommen, der Beschluss ist jedoch noch nicht in Kraft. Beide Institutionen begründen Ihre Empfehlung/Ihren Beschluss sehr ausführlich.

Im Gegensatz dazu steht die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft

für Infektiologie, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, die in allen Fällen, insbesondere bei der Standardimpfung den PCV13 bevorzugt.

Für die vertragsärztliche Versorgung ist jedoch die SI-RL maßgeblich, die in der derzeit noch gültigen Fassung bei der nicht sequenziellen Impfung sowohl PCV13 als auch PPSV23 erlaubt. Da PPSV23 deutlich preiswerter angeboten wird als PCV13, ist PPSV23 die wirtschaftlichere Alternative und unterstützt die Empfehlung, sich bereits an dem oben genannten Beschluss zu orientieren.

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

Meningokokken-B-Impfung

In den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2017, Seite 7, haben wir Sie im Artikel „Verordnung von Impfstoffen zulasten der GKV“ über den Bezug verschiedener Impfstoffe informiert. Dabei ist uns leider ein Fehler unterlaufen. Der Impfstoff gegen Meningokokken B ist nicht über Ihren Sprechstundenbedarf verordnungsfähig!

Bitte verordnen Sie den Meningokokken-B-Impfstoff auf den Namen Ihres Patienten.

In unserem „Verordnung Aktuell – Impfstoffe zulasten der GKV verordnen – Regresse vermeiden!“ vom 16. Dezember 2016 finden Sie die umfassende Information über den korrekten Bezugsweg von Impfstoffen.

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

Ausstellen einer Heilmittel-Verordnung

Unsere Ausfüllhilfen wurden an die Änderungen zum 1. Januar 2017 angepasst. Sie finden Sie in den Unterkategorien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie) unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel*.

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

Heilmittel-Richtlinie: Änderungen zum 1. Januar 2017

Neben den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf (siehe KVB INFOS, Ausgabe 12/2016) wurden kleinere inhaltliche Änderungen umgesetzt.

- Zukünftig ist unter den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 Manuelle Lymphdrainage als 30-Minuten-Einheit (MLD 30) verordnungsfähig. Bis dato konnte nur entweder MLD 45 oder MLD 60 verordnet werden. Dabei mussten jedoch mindestens zwei Extremitäten betroffen sein. Damit künftig auch bei länger dauerndem Behandlungsbedarf die Verordnung von Lymphdrainage bei Betroffenheit von nur einer Extremität möglich ist, wurde das Heilmittel MLD 30 bei den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 ergänzt.
- Verordnungen außerhalb des Regelfalls: Aus Gründen der Klarstellung wurde der Verweis auf den Fristbeginn gestrichen, da er in der Praxis dazu führen könnte, dass die Behandlung bei laufenden Genehmigungsanträgen erst nach Vorlage der Genehmigung durch die Krankenkasse begonnen wird. Die Krankenkasse übernimmt in solchen Fällen bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung, die Kosten der Behandlung (HeilM-RL Paragraf 8 Absatz 4). Folglich ist aufgrund der Kostenzusage durch die Krankenkasse, die Behandlung auch bei laufenden Genehmigungsanträgen innerhalb von 14 Tagen aufzunehmen, damit keine unnötige Unterbrechung der notwendigen Heilmittelbehandlung entsteht und somit die Versorgung der Patienten sichergestellt ist.

- Die derzeitige Formulierung „einschließlich“ hat in der Praxis dazu geführt, dass eine eventuell erforderliche Kompressionsbandagierung teilweise innerhalb und somit zulasten der 30-, 45- oder 60-minütigen Behandlungszeit mit Manueller Lymphdrainage erbracht wird. Mit der Änderung wird klargestellt, dass eine Kompressionsbandagierung im Anschluss an die 30-, 45- oder 60-minütige Lymphdrainage zu erfolgen hat und nicht bereits in der Behandlungszeit am Patienten eingeschlossen ist.

Über diese inhaltlichen Anpassungen hinaus sind zusätzliche kleinere, insbesondere redaktionelle Anpassungen an der Richtlinie (Paragrafen 19, 28, Heilmittelkatalog) vorgenommen worden. Sie können dem Beschluss und den Tragenden Gründen entnommen werden. Diese werden auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/#tab/beschluesse.

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

Langfristiger Heilmittelbedarf

Wir haben für Sie häufig gestellte Fragen unserer Mitglieder zum Thema in einem „Verordnung Aktuell“ zusammengetragen und beantwortet. Sie finden die Veröffentlichung unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Verordnungs- und Heilmittelbedarf*.

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

Krankenförderung – Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade

Die Krankentransport-Richtlinie hat sich zum 1. Januar 2017 geändert. Das zweite Pflegestärkungsgesetz sieht zum 1. Januar 2017 die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade vor. Durch diese Neuerung war eine Anpassung der Richtlinie erforderlich, die bisher auf Pflegegraden Bezug genommen hat.

Ab 1. Januar 2017 können solche Fahrten für Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 verordnet und von den Krankenkassen genehmigt werden. Ihr Patient muss seinen Einstufungsbescheid nach SGB XI vorlegen. Außerdem muss eine dauerhafte Beeinträchtigung seiner Mobilität vorliegen. Dabei können die Mobilitätsbeeinträchtigungen somatische oder kognitive Ursachen haben. Hierbei gilt:

- Bei Pflegegrad 4 und 5 wird die dauerhafte Mobilitätseinschränkung unterstellt.
- Bei Pflegegrad 3 ist diese gesondert festzustellen, denn hier ist sie nicht immer gegeben beziehungsweise muss diese individuell beurteilt werden.

In diesem Zusammenhang wurde eine Bestandsschutzregelung beschlossen. Patienten, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und ab dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, erfüllen die Verordnungsvoraussetzungen. Bei ihnen ist die gesonderte Feststellung der Mobilitätseinschränkung nicht erforderlich.

Muster 4 – Übergangsregelung

Für Patienten, die einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und die oben genannten Voraussetzungen erfüllen,

darf über den 1. Januar 2017 hinaus auf dem Ordnungsformular das Kästchen „Dauerhafte Mobilitätseinschränkung/Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder „Pflegestufe 2 beziehungsweise 3 vorgelegt“ angekreuzt werden.

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

Medikationsplan: Haftung

Der Erfolg des Medikationsplans hängt ganz erheblich davon ab, dass der Patient alle Arzneimittel angibt, vor allem auch die Selbstmedikation. Der Patient hat jedoch auch die Möglichkeit, bestimmte Medikamente nicht in den Medikationsplan aufnehmen zu lassen. Daher haftet der Arzt auch nicht für die Vollständigkeit des Plans. Die Verantwortung für die verschriebenen Arzneimittel liegt jedoch wie bisher beim jeweils verschreibenden Arzt. Bei Änderungen aufgrund von Rabattverträgen (wenn sich also nur der Name des Präparats ändert) sind Sie nicht zu einer Aktualisierung verpflichtet.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Medikationsplan*.

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

Betäubungsmittel für Patienten in Heimen, Hospizen und in der SAPV

Sie haben die Möglichkeit, die Verschreibung über ein Betäubungsmittel (BtM) nicht dem in einem Heim, Hospiz oder in der SAPV lebenden Patienten auszuhändigen, sondern diese entweder selbst oder unter Ihrer Verantwortung durch von Ihnen beauftragtes Personal (zum Beispiel der Pflegeeinrichtung) in der Apotheke vorlegen zu lassen.

Betäubungsmittel, die für die oben genannten Patienten verordnet wurden und nicht mehr benötigt werden, können für einen anderen Patienten dieser Einrichtung erneut verschrieben oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Heim, Hospiz oder in der SAPV zurückgegeben oder in den Notfallvorrat überführt werden (gemäß Paragraf 5c Absatz 1 Satz 1 BtMVV). Das heißt, sie müssen nicht mehr vernichtet werden.

Die Rücknahme unverbrauchter Betäubungsmittel anderer Patienten und deren Wiederabgabe wäre ein Verstoß gegen die BtMVV und wäre strafbar! Diese Betäubungsmittel dürfen nicht etwa an beliebige andere Patienten weitergegeben werden!

Für die Lagerung der jeweiligen Betäubungsmittel, die patientenbezogene Dokumentation und das monatliche Abzeichnen der Dokumentation der betroffenen BtM-Bestände bleiben Sie als der verordnende Vertragsarzt verantwortlich.

Die Apotheke muss den Eingang dokumentieren und benötigt im Fall einer möglichen Wiederverwendung eine erneute ärztliche Verschreibung. Es gilt also auch für den Fall der BtM-Wiederverwendung in Heimen die Verpflichtung aller Beteiligten zur lückenlosen Nachweisdoku-

mentation der Herkunft und des Verbleibs.

Ein „Verordnung Aktuell“ mit Praxisbeispielen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell/2017*.

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

Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma

Mit der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) wird seit dem 1. Januar 2011 eine Qualitätsmaßnahme Frühdiagnostik Rheuma durchgeführt. Ziele sind die Förderung der frühzeitigen Diagnosestellung und medikamentösen Basistherapie sowie eine qualitätsgesicherte Gelenksonographie bei Patienten mit entzündlichen Rheumaformen.

Diese Vereinbarung wurde durch die SBK **zum 31. März 2017 gekündigt**. Die zusätzliche Vergütung bei der Behandlung von Versicherten der SBK wird somit letztmalig für das Leistungsquartal 1/2017 gewährt.

Die Zusatzvereinbarung Rheuma, die mit dem Verband der Ersatzkassen (vdek) geschlossen wurde, bleibt hiervon unberührt und läuft unverändert weiter.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Alexander Weidlich unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 47 22
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02
 E-Mail Alexander.Weidlich@kvb.de

Umstellung von Luer-Verbindern

Das universelle Verbindungssystem Luer kommt täglich in ganz unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Bereichen zum Einsatz. Bislang waren alle Luer-Verbinder identisch, was in der Vergangenheit zu Verwechslungen und damit auch Patientenschäden führen konnte.

Die neue DIN ISO 80369 soll zukünftig dazu beitragen, Fehler zu reduzieren. Die Hersteller sind nun verpflichtet, die Bauart der Systeme so zu verändern, dass unterschiedliche Funktionsteile nicht mehr versehentlich miteinander verbunden werden können (zum Beispiel eine enterale Spritze an einen zentralen Venenkatheter).

Für folgende vier Anwendungsbereiche wurden nun neue Verbindertypen definiert:

- Verbinder für enterale Ernährung
- Atemsysteme und Antriebsgase für respiratorische Systeme
- plethysmographische Blutdruckmessung
- neuroaxiale Anwendungen

Alle Praxen und Gesundheitseinrichtungen müssen im laufenden Versorgungsprozess in den oben genannten Bereichen die komplexe Umstellung von Luer-Verbindern auf die neuen Verbinder vornehmen. Die bestehenden Luer-Verbindungen dürfen zukünftig nur noch für intravasculäre und transdermale Anwendungen weiterverwendet werden.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie Patienten behandeln, die mit Luer-Verbindern der vier definierten Bereiche versorgt werden, tauschen Sie sich bitte in enger Abstimmung mit den übrigen am Behandlungsprozess Beteiligten, wie zum Beispiel den Mitarbeitern von Alten- oder Pflegeheimen, aus.

Sie finden die Empfehlung „Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder“ in der Lang- und Kurzversion sowie weiterführende Materialien auf der Internetseite des Aktionsbündnisses Patientensicherheit unter www.aps-ev.de.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Umschlagverfahren

Das sogenannte Umschlagverfahren wurde verändert: Seit 1. Januar 2017 müssen Ärzte versichertenbezogene Daten, die von Krankenkassen zur Begutachtung angefordert werden, direkt an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) senden.

Diese Neuregelung geht nach einer Übergangszeit auf eine Änderung des Paragraphen 276 Absatz 2 SGB V zurück. Damit wurde einer Forderung der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit nachgekommen. Diese hatte beanstandet, dass bei dem Umschlagverfahren die Daten nicht ausreichend geschützt seien.

Neuer Übermittlungsweg mit Weiterleitungsbogen und Freiumschlag

Der Arzt erhält von der Krankenkasse neben dem Anschreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung durch den MDK hervorgeht, einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen, der unter anderem die Anschrift des MDK, eine Vorgangsnummer und die Daten des Patienten umfasst.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben dafür das **neue Muster 86 („Weiterleitungsbogen“)** in der Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbart. Dieser Weiterleitungsbogen dient sowohl der korrekten Adressierung an den zuständigen MDK als auch der internen automatisierten Zuordnung der übermittelten Unterlagen zum Versicherten beim MDK, sodass die eingehenden Befunde und ärztlichen Unterlagen korrekt zugeordnet werden können.

„Gesund schwanger“ – weitere Krankenkassen dabei

Der Vertragsarzt fügt dem Weiterleitungsbogen lediglich die angeforderten Unterlagen in Kopie bei und schickt diese direkt an den MDK, nicht mehr wie bisher in einem separaten Umschlag an die Krankenkasse. Für den Versand der Unterlagen an den MDK stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt auch weiterhin einen Freiumschlag zur Verfügung – ab 1. April 2017 jedoch verbindlich im Format C5. Das konnte die KBV durchsetzen und reagiert damit auf Kritik aus der Ärzteschaft, wonach vielfach keine oder zu kleine Umschläge von den Krankenkassen bereitgestellt wurden.

Bitte beachten Sie: Für den Versand von Unterlagen an den MDK ist der vorausgefüllte Weiterleitungsbogen verbindlich, es sei denn, die Anforderung erfolgt direkt durch den MDK oder die notwendigen Informationen für eine korrekte Adressierung und Zuordnung liegen anderweitig vor. Ein Versand der Unterlagen an den MDK ohne Vorlage dieser Informationen ist vor allem mit Blick auf den Datenschutz nicht mehr zulässig.

Liegen beim Arzt weitere für die Beurteilung durch den MDK relevante Informationen oder Besonderheiten vor, können diese formlos den Unterlagen für den Gutachter beigelegt werden.

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

Folgende Krankenkassen nehmen ab 1. April 2017 an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil:

- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse

Bereits aktuell teilnehmende Krankenkassen sind:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb
HELLER*INDEX*LEUZE
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die BERGISCHE KRANKENKASSE
- Salus BKK

Sie können sich über die aktuell an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teilnehmenden Krankenkassen jederzeit auf der Internetseite der KVB informieren. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/ Vergütungsverträge/Bestehende Zusatzvereinbarungen/Gesund schwanger* finden Sie außerdem alle weiteren Informationen sowie die notwendigen Formulare zum Download.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02
 E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Haus- und Facharztthesauren aktualisiert

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hat auf seiner Internetseite www.zi.de die aktualisierten Haus- und Facharztthesauren Version ICD-10-GM-2017 mit den häufigsten Diagnosen der Fachgruppen bereitgestellt. Sie können die Thesauren dort herunterladen.

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

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist kompakt, lernziel- und praxisorientiert. Im Rahmen eines praktischen Gruppentrainings gewinnen Sie Sicherheit in der Durchführung einer kardiopulmonalen Reanimation inklusive alternativer Atemwegssicherung und Defibrillation. Alle Fallbeispiele sind an die Zielgruppe adaptiert und orientieren sich an Ihren individuellen Erfordernissen. Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V. (agbn) (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen notärztlichen 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 Akut- und Notfälle, Kasuistik
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- aktuelle Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council ERC 2015

- Notfallalgorithmen, Checklisten
- alternatives Atemwegsmanagement
- umfassendes, praxisorientiertes Hands-on-Reanimationstraining im Gesamtablauf an modernen Simulatoren, Kleingruppentraining

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

- 1. April 2017
KVB Regensburg
- 6. Mai 2017
KVB Würzburg
- 24. Juni 2017
KVB München
- 23. September 2017
KVB Nürnberg
- 25. November 2017
KVB Augsburg

Modul II

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

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

Termine Modul II:

- 5. April 2017
KVB Bayreuth
- 10. Mai 2017
KVB Regensburg
- 31. Mai 2017
KVB Würzburg
- 20. September 2017
KVB Augsburg

- 18. Oktober 2017
KVB Nürnberg

Modul III

- interessante, typische Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau, rechtliche Grundlagen, praktisches Vorgehen, Kasuistiken
- Abrechnung im Bereitschaftsdienst

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

Termine Modul III:

- 28. Juni 2017
KVB Regensburg
- 12. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 4. Oktober 2017
KVB Augsburg
- 25. Oktober 2017
KVB Würzburg

Modul IV

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

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 26. April 2017
KVB München
- 26. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 29. November 2017
KVB Augsburg

Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst

Notfalltraining für das Praxisteam

- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management in 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

Termine Modul V:

- 11. März 2017
KVB Nürnberg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 13. Mai 2017
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 24. Mai 2017
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 24. Juni 2017
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 8. November 2017
KVB Bayreuth
16.00 bis 21.00 Uhr
- 2. Dezember 2017
KVB Nürnberg
9.30 bis 14.30 Uhr

Modul VI

Geriatric

- pharmakologische Fallstricke
- Delir, Demenz und andere Verwirrungen
- spezielle Krankheitsbilder

Gastroenterologie

- Obstipation und Diarrhoe
- akutes und weniger akutes Abdomen
- Befindlichkeitsstörungen und bedrohliche Symptome

Palliativmedizin

- Symptomkontrolle, Kasuistiken
- Umgang mit Patienten und Angehörigen

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.30 bis 20.15 Uhr

Termine Modul VI:

- 22. März 2017
KVB Würzburg
- 21. Juni 2017
KVB Augsburg
- 5. Juli 2017
KVB Nürnberg
- 22. November 2017
KVB München
- 13. Dezember 2017
KVB Regensburg

Notfälle ereignen sich in der Arztpraxis meist unerwartet. Es gilt, häufig unter Zeitdruck, die richtigen Maßnahmen zu treffen. Nur wer über notfallmedizinisches Wissen verfügt und dieses auch praktisch umsetzen kann, wird kritische Situationen im Team meistern.

Zielgerichtet und fachgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Wir bereiten Sie und Ihr Praxisteam prägnant und praxisnah auf das Management medizinischer Notfälle vor. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien gemäß aktueller Leitlinien (ERC 2015). Alle Fallbeispiele sind an die jeweiligen Zielgruppen adaptiert und orientieren sich an Ihren individuellen Erfordernissen.

Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V. (agbn) durch. Die Inhalte der Veranstaltung entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Teilnehmen können Vertragsärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam). Das Seminar wird von routinierten notärztlichen Referenten, Tutoren und Spezialisten durchgeführt.

Themenschwerpunkte

- Management eines Notfalls in der Praxis: Kommunikation, Koordination, Delegation
- Erkennen von Notfallsituationen, Erstmaßnahmen

Refresher Notfalltraining für das Praxisteam

- kardiopulmonale Reanimation bei Erwachsenen (BLS) mit AED-Einsatz in der Praxis
- Airway-Management mit supraglottischen Hilfsmitteln
- Hands-on-Reanimationstraining im Gesamtablauf an modernen Simulatoren, Kleingruppentraining (möglichst in Ihrem Praxisteam)
- Fallbesprechungen
- falls gewünscht: Check Ihrer Notfallausrüstung (bitte mitbringen)

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 12.45 Uhr

Termine

- 18. März 2017
KVB Augsburg
- 29. April 2017
KVB Nürnberg
- 20. Mai 2017
KVB München
- 22. Juli 2017
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017
KVB Würzburg
- 11. November 2017
KVB München
- sowie am 20. Mai 2017
13.30 bis 17.30 Uhr
KVB München

Keine Theorie - nur Praxis. Mittels modernster Simulationstechniken können Sie und Ihr Team notfallmedizinische Kompetenz auffrischen und trainieren. Wir bereiten Sie dabei auf das Management medizinischer Notfälle in einer Arztpraxis vor und geben Ihnen für die wichtigsten Situationen in prägnanter Form konkrete und praxisnahe Handlungsempfehlungen mit auf den Weg. Für alle Teilnehmer, die höheren notfallmedizinischen Anforderungen genügen wollen, werden auch differenzierte, weiterführende Maßnahmen besprochen (inklusive Reanimationstraining BLS, ALS) und trainiert. Entsprechende Vorkenntnisse beziehungsweise eine vorausgegangene Teilnahme am Notfalltraining für das Praxisteam werden vorausgesetzt.

Dieses Seminar führen wir in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e.V. (agbn) durch. Die Inhalte der Veranstaltung entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Teilnehmen können Vertragsärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam), die bereits an einem Notfalltraining teilgenommen haben. Das Seminar wird von routinierten notärztlichen Referenten, Tutoren und Spezialisten durchgeführt.

- zielgruppenorientierte Behandlung häufiger Notfälle im Praxisalltag (Simulationstraining, gegebenenfalls nach Vorgabe durch die Gruppe)
- Evaluation
- falls gewünscht: Check Ihrer Notfallausrüstung (bitte mitbringen)

Fortbildungspunkte: 5
Teilnahmegebühr: 70,- Euro
Uhrzeit: 13.30 bis 16.45 Uhr

Termine

- 18. März 2017
KVB Augsburg
- 29. April 2017
KVB Nürnberg
- 22. Juli 2017
KVB Regensburg
- 21. Oktober 2017
KVB Bayreuth
- 28. Oktober 2017
KVB Würzburg
- 11. November 2017
KVB München

Themenschwerpunkte

- Algorithmen BLS / ALS mit AED-Unterstützung nach ERC 2015, praxisorientiertes Hands-on-Training (Reanimationstraining, Kleingruppentraining)
- erweiterte Maßnahmen ALS (ERC 2015)

Sicher im Ärztlichen 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.

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.

Die Kurse werden jeweils durch einen Allgemeinmediziner mit entsprechender Dienst erfahrung und einen Polizeibeamten geleitet.

- 31. Mai 2017
KVB Würzburg
- 28. Juni 2017
KVB Regensburg
- 18. Oktober 2017
KVB Nürnberg
- sowie am 11. März 2017
9.30 bis 13.00 Uhr
KVB Nürnberg

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

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

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

- 5. April 2017
KVB Bayreuth
- 26. April 2017
KVB München

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

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.

Themengebiet

Abrechnung

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung – Operativ tätige fachärztliche Praxen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

DMP

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

Fachseminare

Fortbildung Impfen

Hautkrebsscreening

Kooperationen, Recht und Wirtschaft

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft (für Psychotherapeuten)

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Praxisführung leicht gemacht – Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Verordnung

Verordnungen I – Workshop Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. April 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. März 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Poolärzte	kostenfrei	29. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	24. März 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	28. April 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	25. März 2017	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	160,- Euro	5. April 2017	13.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	30. März 2017	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. April 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	25. März 2017 1. April 2017	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg München
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	29. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	15. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. März 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
OZ-Moderatoren	kostenfrei	5. April 2017	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. April 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg

