

# KVBIINFOS 11|16

## ABRECHNUNG

- 170 Die nächsten Zahlungstermine
- 170 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016
- 173 Vergütung der Samstags-sprechstunde, GOP 01102 EBM
- 174 Job-Sharing: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie

## VERORDNUNG

- 175 Zuzahlung für Patienten – Höhe und Regelungen
- 176 Arzneimittel-Richtlinie
- 176 Muster 16a (Sprechstunden-bedarfsrezept)
- 176 Arzneimittelverordnungen und Datenschutz
- 177 Verordnungen für medizinische Rehabilitation
- 177 Heilmittelverordnungen bei Reha-Sport
- 177 Heilmittel bei voneinander unabhängigen Krankheiten
- 178 Nasale Gripeschutzimpfung für Kinder
- 179 Patientenhinweise

## QUALITÄT

- 179 Anpassung der Ultraschall-vereinbarung zum 1. Oktober 2016

## IT IN DER PRAXIS

- 180 Ende des KV-SafeNet\*-Förderprogramms
- 180 Abschied von KV-Ident

## SEMINARE

- 181 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 181 Expertengespräch Leichenschau
- 182 Die nächsten Seminartermine der KVB

## Die nächsten Zahlungstermine

### 10. November 2016

Abschlagszahlung Oktober 2016

### 12. Dezember 2016

Abschlagszahlung November 2016

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

## Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

### Medikationsplan – Vergütung ab dem 1. Oktober 2016

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten laut Gesetz Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform, sofern sie gleichzeitig mindestens drei verordnete – systemisch wirkende – Medikamente anwenden. Über diesen Anspruch sind die Patienten zu informieren.

In dem Medikationsplan können die Patienten auf einen Blick sehen, welche Medikamente sie einnehmen. Dies soll zu mehr Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme führen.

- Der Anspruch der Versicherten ist im neuen Paragraphen 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt.
- Der Medikationsplan enthält eine Übersicht über die Arzneimittel eines Patienten. Sowohl die verordnungsfähigen Arzneimittel als auch OTC- beziehungsweise freiverkäufliche Arzneimittel sowie gegebenenfalls Medizinprodukte (zum Beispiel Abführ-

mittel) sollen aufgeführt werden. Die Anwendung der Arzneimittel muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – erfolgen.

- Den Medikationsplan erstellt in der Regel der Hausarzt. Er ist zum Ausstellen von Medikationsplänen verpflichtet. Nur wenn Patienten keinen Hausarzt haben, sind auch Fachärzte verpflichtet, einen Medikationsplan auszustellen.
- Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, Apotheker aktualisieren auf Wunsch des Versicherten. Aktualisierungen durch andere Ärzte und Krankenhäuser sind ebenfalls möglich.

Weitere Informationen, wie beispielsweise zu Inhalt und Form des Medikationsplans, entnehmen Sie bitte unserer diesbezüglichen Ausgabe „Verordnung Aktuell“. Bei Fragen zum Inhalt des Medikationsplans wenden Sie sich gerne auch an unser Servicetelefon Verordnung (Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30).

### Haus- und Kinderärzte

Zur Vergütung des gegebenenfalls zu erstellenden Medikationsplans und dessen Aktualisierung wurden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

### Bei nicht chronisch kranken Patienten: Neue Einzelleistung (GOP 01630)

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können für die Erstellung des Medikationsplans für nicht chronisch kranke Patienten die neue Gebührenordnungsposition 01630 abrechnen.

**Neu: GOP 01630 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345,**

**09345, 10345, 13435, 13437, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans** gemäß Paragraph 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM-Bewertung	39 Punkte
Preis B€GO	4,07 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die GOP 01630 kann von Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten nur abgerechnet werden, wenn im gleichen Behandlungsfall eine Versichertenpauschale 03000/04000 abgerechnet wird.
- im Laufe des Krankheitsfalles nur von einem Vertragsarzt berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben den Chronikerpauschalen (GOP 03220, 03221, 04220, 04221) berechnungsfähig

**Bei allen chronisch kranken Patienten: Zuschlag zur Chronikerpauschale**

Für alle chronisch kranken Patienten erhalten Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte einen Zuschlag auf die Chronikerpauschale, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren ist.

**Neu: GOP 03222 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220**

EBM-Bewertung	10 Punkte
Preis B€GO	1,04 Euro

- einmal im Behandlungsfall
- im Behandlungsfall nicht neben dem hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03362) berechnungsfähig, da dieser bereits die Erstellung und/oder Aktualisierung des Medikationsplans vergütet

**Neu: GOP 04222 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220**

EBM-Bewertung	10 Punkte
Preis B€GO	1,04 Euro

- einmal im Behandlungsfall

**Was für Sie hier wichtig ist:**

Sie müssen den neuen Zuschlag zur Chronikerpauschale nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Der Zuschlag für den Medikationsplan wird von uns automatisch einmal im Behandlungsfall zu Ihrer Chronikerpauschale zugesetzt, wenn im Krankheitsfall von Ihnen/Ihrer Praxis nicht schon der Zuschlag nach GOP 01630 berechnet wurde.

**Fachärzte**

Zur Vergütung des gegebenenfalls zu erstellenden Medikationsplans und dessen Aktualisierung wurden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen.

**Bei definierten Patientengruppen: Neue Einzelleistung (GOP 01630)**

Fachärzte können zukünftig für die Erstellung des Medikationsplans für onkologische Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation die neue Gebührenordnungsposition 01630 abrechnen.

**Neu: GOP 01630 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen**

**03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans** gemäß Paragraph 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

EBM-Bewertung	39 Punkte
Preis B€GO	4,07 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die GOP 01630 kann von Fachärzten nur abgerechnet werden, wenn im gleichen Behandlungsfall eine der folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet wird:
  - eine Zusatzpauschale Onkologie bei den Fachgruppen Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie und Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und/oder Pneumologie (Hinweis: Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie erhalten anstelle einer Einzelleistungsvergütung einen entsprechend höheren Zuschlag auf die Grundpauschale)
  - die Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient nach GOP 30700
  - eine Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantatträgers (GOPen 13437, 13561, 13601 und 13677)
- im Laufe des Krankheitsfalles nur von einem Vertragsarzt berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben den neuen Medikationsplan-Zuschlägen zu den Grundpauschalen (siehe unten) berechnungsfähig

**Bei allen anderen Patienten: Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale**

Für alle anderen Patienten erhalten die meisten Fachgruppen einmal im Behandlungsfall einen Zuschlag auf die Grundpauschale, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen beziehungsweise zu aktualisieren ist.

Übersicht über die neuen fachärztlichen Zuschläge			
GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro
05227	Anästhesiologie	3	0,31
06227	Augenheilkunde	2	0,21
07227	Chirurgie	2	0,21
08227	Gynäkologie	2	0,21
09227	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,	2	0,21
20227	Phoniatrie und Pädaudiologie		
10227	Dermatologie	2	0,21
13227	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)	9	0,94
13297	Innere Medizin - Angiologie	2	0,21
13347	Innere Medizin - Endokrinologie	3	0,31
13397	Innere Medizin - Gastroenterologie	2	0,21
13497	Innere Medizin - Hämato-/Onkologie	9	0,94
13547	Innere Medizin - Kardiologie	2	0,21
13597	Innere Medizin - Nephrologie	9	0,94
13647	Innere Medizin - Pneumologie	6	0,63
13697	Innere Medizin - Rheumatologie	6	0,63
14217	Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	0,21
16218	Neurologie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
18227	Orthopädie	2	0,21
20227	Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen)	2	0,21
21227	Psychiatrie (nicht Nervenärzte und FA für Neurologie und Psychiatrie)	6	0,63
21228	Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	6	0,63
22219	Psychosomatik und Psychotherapie	2	0,21
26227	Urologie	2	0,21
27227	Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	0,21
30701	Schmerztherapie	9	0,94

Was für Sie hier wichtig ist:

Sie müssen den neuen Zuschlag zur Grundpauschale nicht selbst in Ihre Abrechnung eintragen. Der Zuschlag für den Medikationsplan wird von uns **automatisch** einmal im Behandlungsfall zu Ihrer arztgruppenspezifischen Grundpauschale **zuge-setzt**, wenn im Krankheitsfall von Ihnen/Ihrer Praxis nicht schon der Zuschlag nach GOP 01630 berechnet wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch:

- Fachgruppen, die viele Medikamente verordnen und deshalb gegebenenfalls öfter einen Plan aktualisieren oder ausstellen, erhalten einen höheren Zuschlag als Fachgruppen mit wenigen Verordnungen.
- Fachgruppen, die keine oder sehr wenige Medikamente verordnen, erhalten aufgrund der anteilmäßig geringen Verordnungen keinen Zuschlag. Bei diesen Fachgruppen ist die Erstellung und Aktualisierung Leistungsbestandteil ihrer Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

### Vergütung

Die neuen Zuschläge zur Vergütung des Medikationsplans nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 sollen laut Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet werden. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

## Vergütung der Samstagssprechstunde, GOP 01102 EBM

### Weitere Informationen im Internet

Unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnung/Arzneimittel* stellen wir Ihnen noch weitere Informationen zum Thema Medikationsplan bereit. Hier finden Sie zum Beispiel unsere entsprechende Ausgabe von „Verordnung Aktuell“ sowie den Beschluss zur Aufnahme des Paragraphen 29a in den Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Themenseite über alles Wesentliche rund um den bundeseinheitlichen Medikationsplan ([www.kbv.de/html/medikationsplan.php](http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php)).

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 die Abrechenbarkeit der Samstagssprechstunde für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschlossen. Die Gebührenordnungsposition 01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr) wird in die Nr. 5 der Präambel zum Abschnitt 23.1 EBM aufgenommen.

Der Beschluss wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter [www.institut-des-bewertungsausschusses.de](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de) in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

### Rückwirkende Umsetzung für die Quartale 2/2005 bis 3/2016

Die Änderungen treten rückwirkend zum 1. April 2005 in Kraft. Die EBM-Änderung können wir technisch erstmals mit der Abrechnung des Quartals 3/2016 berücksichtigen. Die Vergütung der abgerechneten Samstagssprechstunden in allen zurückliegenden Quartalen werden von uns über entsprechende Nachvergütungsläufe abgewickelt.

■ **Quartale 2/2005 bis 1/2016:**  
 Die rückwirkende Änderung des EBM ist nur auf nicht bestandskräftige Honorarbescheide anzuwenden. Die Zahlung der sich ergebenden Nachvergütung für diese Quartale erfolgt daher sukzessive von Amts wegen für diejenigen psychologischen Psy-

chotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, **deren Honorarbescheide nicht bestandskräftig sind**, beginnend mit dem Honorarbescheid 3/2016.

■ **Quartal 2/2016:**  
 Die Nachberechnung für die Vergütung der abgerechneten Samstagssprechstunden betreffend das Quartal 2/2016 erfolgt **für alle Leistungserbringer** von Amts wegen. **Ein diesbezüglicher Widerspruch ist insoweit nicht erforderlich.** Die Auszahlung erfolgt mit dem Honorarbescheid 3/2016.

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

## Job-Sharing: Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Wirkung zum 15. September 2016 die Regelungen zur Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung und zur Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Zulassungsbeschränkungen (Job-Sharing) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bedpl-Rili) geändert. Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits im Job-Sharing tätig sind, wurden über die wichtigsten Änderungen mit Schreiben vom 30. September 2016 gesondert informiert.

- **Höhere Job-Sharing Obergrenze für unterdurchschnittlich ausgelastete Job-Sharing Praxen: Steigerung des Umsatzes bis zum Fachgruppendurchschnitt möglich.**

### Neu für Vertragsärzte:

Zukünftig erhalten im Job-Sharing tätige Vertragsärzte mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang den Fachgruppendurchschnitt zuzüglich drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts als Obergrenze.

### Neu für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Bei unterdurchschnittlich ausgelasteten psychotherapeutischen Job-Sharing Praxen wird die Obergrenze mit dem Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 25 Prozent berechnet.

Diese neue Regelung nach Paragraph 43 Absatz 1 Satz 4 Bedpl-Rili gilt für Praxen, die neu mit dem Job-Sharing beginnen, und für bestehende Job-Sharing Praxen, wenn ein bereits zugelassener Vertragsarzt/ Psychotherapeut über vier Quartale in unterdurchschnittlichem Umfang tätig ist.

- Künftig werden **die in Job-Sharing Praxen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten nicht mehr in die Berechnung des Fachgruppendurchschnitts einbezogen**, Paragraph 43 Absatz 2 Nummer 1 Bedpl-Rili.
- Die **Gründung eines Job-Sharing Verhältnisses** ist künftig **nur noch zu Beginn eines Quartals** möglich, Paragraph 40 Satz 1 Bedpl-Rili.
- Das Antragsrecht der Vertragsärzte und Psychotherapeuten auf Anpassung der Obergrenze nach Paragraph 44 Satz 2 Bedpl-Rili wurde erweitert und umfasst nun auch Änderungen der Bedpl-Rili.
- Die Regelungen zur Fachidentität bei Job-Sharing Zulassung und Job-Sharing Anstellung wurden in der Richtlinie vereinheitlicht.
- Es wurde klargestellt, dass bei außergewöhnlichen Entwicklungen in den Basisquartalen (wie zum Beispiel Krankheit) die vorherigen Quartale bei der Berechnung der Job-Sharing Obergrenze heranzuziehen sind, Paragraph 42 Absatz 1 Satz 7, erster Halbsatz Bedpl-Rili.\*
- Auch bei Pflegezeiten – bisher nur bei Krankheits- und Erziehungszeiten – können die Job-Sharing Obergrenzen nun mit dem Fachgruppendurchschnitt berechnet werden, Paragraph 43 Absatz 1 Satz 2 Bedpl-Rili.\*
- Der Versorgungsauftrag des Antragstellers (voll oder hälftig) ist künftig bei der Festlegung der Obergrenze zu berücksichtigen.\*

Nähere Informationen zum Job-Sharing Berechnungsverfahren und Ihrem Antragsrecht auf Anpassung der Job-Sharing Obergrenze finden Sie in unserem Merkblatt „Informa-

tion zum Thema Job-Sharing – Berechnungsverfahren und Anpassung der Obergrenzen“ auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Merkblätter Abrechnung*.

*\* Diese Punkte wurden von uns in der Vergangenheit bereits umgesetzt.*

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

## Zuzahlung für Patienten – Höhe und Regelungen

Zum Thema „Zuzahlung – Höhe und Regelungen“ finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Formelles* im Aufklappelement unter „Allgemein“ eine Ausgabe von „Verordnung Aktuell“. Nachfolgend

stellen wir Ihnen als Auszug die folgende Tabelle dar. Eine Zuzahlung ist grundsätzlich für alle Patienten fällig, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen gültigen Befreiungsausweis besitzen.

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

Arznei- und Verbandmittel (Ausnahmen siehe Impfstoffe, Teststreifen)	Zehn Prozent des Abgabepreises, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arznei- und Verbandmittels.
Anschlussheilbehandlung	Zehn Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage.
Häusliche Krankenpflege	Zehn Prozent des Abgabepreises, zuzüglich zehn Euro je Verordnungsblatt für 28 Kalendertage je Kalenderjahr. Die Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege zahlt Ihr Patient direkt an die Krankenkasse – nicht an den Pflegedienst.
Haushaltshilfe	Zehn Prozent pro Kalendertag, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro.
Heilmittel	Zehn Prozent des Abgabepreises, zuzüglich zehn Euro je Verordnungsblatt, jedoch nicht mehr als die Kosten des Heilmittels.
Hilfsmittel, zum Gebrauch bestimmt (zum Beispiel Bandagen)	Zehn Prozent des Abgabepreises, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.
Hilfsmittel, zum Verbrauch bestimmt (zum Beispiel Inkontinenzhilfen)	Zehn Prozent je Verbrauchseinheit, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.
Impfstoffe	Keine Zuzahlung für nach der Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlene Impfungen.
Krankentransport	Zehn Prozent der Fahrkosten, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro (auch Kinder/Jugendliche bis zum 18. Geburtstag).
Pflegehilfsmittel, zum Gebrauch bestimmt (zum Beispiel Badewannenlifter)	Zehn Prozent, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel. Bei leihweise überlassenen technischen Pflegehilfsmitteln entfällt eine Zuzahlung.
Pflegehilfsmittel, zum Verbrauch bestimmt (zum Beispiel Bettschutzeinlagen)	Es werden bis zu 40 Euro pro Monat von der Pflegekasse gezahlt. Alles, was darüber hinaus geht, hat der Patient zu tragen.
Rehabilitation	Zehn Euro pro Kalendertag.
Rehabilitation für Mütter und Väter	Zehn Euro pro Kalendertag.
Soziotherapie	Zehn Prozent pro Kalendertag, dabei mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro.
Stationärer Aufenthalt	Zehn Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage.
Teststreifen, zum Beispiel Blutzucker	Keine Zuzahlung.

## Arzneimittel-Richtlinie

### Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

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

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

- Empagliflozin
- Empagliflozin/Metformin
- Idelalisib
- Osimertinib
- Necitumumab
- Ramicirumab – neues Anwendungsgebiet, Kolorektalkarzinom
- Ramucirumab – neues Anwendungsgebiet, Lungenkarzinom
- Ticagrelor – neues Anwendungsgebiet

Sie finden die Hintergrundinformationen sowie eine quartalsweise Zusammenfassung der in Kraft getretenen Beschlüsse einzelner Nutzenbewertungen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

## Muster 16a (Sprechstundenbedarfsrezept)

Bitte unterschreiben Sie das Sprechstundenbedarfsrezept auf der Vorderseite, rechts unten im Verordnungsfeld. Ihr Vertragsstempel kommt auf die Rückseite.

Die AOK Bayern begründete ihren Hinweis damit, dass von ihren Dienstleistern regelhaft nur die Vorderseite der Rezepte eingescannt wird. Eine fehlende Arztunterschrift kann zu Retaxationen der Apotheken führen. Die Apotheken können Sie daher bitten, auf der Vorderseite zu unterschreiben, obwohl Sie beim Stempeldruck (Rückseite) bereits unterschrieben haben.

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

## Arzneimittelverordnungen und Datenschutz

Bitte denken Sie bei Arzneimittelverordnungen und Verordnungen von Verbandmitteln daran, aus Datenschutzgründen die medizinische Begründung Ihrer Verordnung in der Patientenakte und nicht auf der Verordnung zu dokumentieren.

Auf Hilfsmittelverordnungen hingegen ist eine Diagnose zwingend notwendig, denn nur anhand der Diagnose ist es dem Leistungserbringer (zum Beispiel Sanitätshaus, Apotheke) möglich, das passende Hilfsmittel auszuwählen.

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



## Verordnungen für medizinische Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Muster 61) umfassen unter anderem die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die in einem direkten Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme stehen. Das bedeutet für Sie, dass Sie keine Verordnungen, die die Rehabilitationsmaßnahme betreffen, ausstellen.

Arzneimittel beziehungsweise Verordnungen hingegen, die die Rehabilitationsmaßnahme nicht betreffen, sind von Ihrem Patienten in die Rehabilitationseinrichtung mitzubringen beziehungsweise von Ihnen auszustellen.

Treten während des Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung akute Erkrankungen auf, die mit den Rehabilitationsmaßnahmen nicht im Zusammenhang stehen, so ist ein niedergelassener Vertragsarzt vor Ort mit der Versicherungskarte aufzusuchen. Dieser übernimmt dann die nicht mit der Rehabilitation in Verbindung stehende Behandlung.

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

## Heilmittelverordnungen bei Reha-Sport

Sowohl **Rehabilitationssport** als auch **Funktionstraining** (Muster 56) dienen der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch **nicht** die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, zum Beispiel Bewegungsübungen oder Krankengymnastik (Quelle: Vordruck-Erläuterungen).

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

## Heilmittel bei voneinander unabhängigen Krankheiten

Nachdem die Frage nach den voneinander unabhängigen Erkrankungen häufig gestellt wird, haben wir die nachfolgende Information für Sie:

In Paragraph 7 Absatz 4 der Heilmittel-Richtlinie steht:

*„Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind.“*

Ein Beispiel hierfür wären die degenerative Wirbelsäulen-Erkrankung und ein akut hinzukommendes Krankheitsbild im Bereich der Wirbelsäule. Erstreckt sich die degenerative Wirbelsäulen-Erkrankung auch auf mehrere Bereiche, dann handelt es sich um eine Diagnose und damit nur um einen Regelfall (eine Verordnung).

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

## Nasale Gripeschutzimpfung für Kinder

Gemeinsam mit den Krankenkassen in Bayern wurde folgende Regelung zur Gripeschutzimpfung mit nasalem Impfstoff für zwei- bis sechsjährige Kinder mit Grunderkrankung vereinbart.

### Der Bezug des Impfstoffs erfolgt über Einzelverordnung.

Bitte beachten Sie, dass sich die Empfehlung der STIKO nur auf Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines dokumentierten Grundleidens bezieht, wie beispielsweise:

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

Zudem informiert die STIKO im September 2016 darüber, dass bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren eine Überlegenheit von LAIV (attenuiertem Lebendimpfstoff) gegenüber IIV (inaktivierter Influenza-Impfstoff) derzeit nicht belegt ist und IIV und LAIV gleichwertig angewendet werden können.

Die präferenzielle Empfehlung für die Verwendung von LAIV in der Altersgruppe von zwei bis sechs Jah-

ren wird zunächst für die kommende Saison ausgesetzt.

Detaillierte Angaben hierzu finden Sie unter [www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/39\\_16\\_STIKO-Stellungnahme.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2016/Ausgaben/39_16_STIKO-Stellungnahme.html).

**Kontraindikationen** für Fluenz Tetra® sind nach der Fachinformation gegeben für:

- Säuglinge und Kleinkinder unter 24 Monaten
- Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, gegen Gentamicin oder gegen Eier oder Ei-proteine
- Kinder mit klinischer Immunschwäche aufgrund von Erkrankungen oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva (zum Beispiel akute und chronische Leukämie, Lymphom, symptomatische HIV-Infektion, zelluläre Immundefekte und hoch dosierte Kortikosteroid-Behandlung)
- Kinder, die mit Salicylaten behandelt werden.
- Zusätzlich sollte Fluenz Tetra® nicht an Kinder und Jugendliche mit schwerem Asthma oder akutem Giemen verabreicht werden.

Zudem sind die Impflinge beziehungsweise deren Aufsichtspersonen zu informieren, dass Fluenz Tetra® ein attenuierter Lebendimpfstoff ist und daher die Gefahr einer Virusübertragung auf immungeschwächte Personen besteht. Deshalb soll in den ersten ein bis zwei Wochen nach der Impfung soweit wie möglich jeder enge Kontakt der Impflinge zu stark immungeschwächten Personen vermieden werden (Fachinformation).

Generell gelten die Bestimmungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung. Eine Übersicht der Abrechnungsziffern und einen Link zur SI-RL finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

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

## Patientenhinweise

Zur Unterstützung Ihrer Beratungsleistung stellen wir Ihnen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise* Informationen für Ihre Patienten zur Verfügung.

Der Patientenhinweis „Einnahme von Gerinnungshemmern“ wurde von uns aktualisiert und neu ins Internet eingestellt.

Es gibt weitere Patientenhinweise zu folgenden Themen:

- Der Arzt ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet
- Massagetherapie
- Verordnung von Arzneimitteln länger als drei Monate?
- Säureblocker (Protonenpumpenhemmer)
- „Switching“ – das Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Präparate
- Saisonale Gripeschutzimpfung
- Harn- und Blutzuckerteststreifen bei nicht insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

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

## Anpassung der Ultraschallvereinbarung zum 1. Oktober 2016

Die seit 1. April 2009 gültige Ultraschallvereinbarung (USV) wurde mit Wirkung zum 1. Oktober angepasst. Erleichterungen gibt es vor allem für die Abnahmeprüfungen von Neugeräten und Konstanzprüfungen der in der vertragsärztlichen Versorgung genutzten Ultraschallgeräte.

### Bildabnahmeprüfung für Neugeräteprüfung entfällt

Für neue Ultraschallgeräte entfällt zukünftig die Abnahme durch eine Bilderprüfung. In diesen Fällen ist die Einreichung einer vom Hersteller beziehungsweise Gerätevertreiber ausgefüllten Gewährleistungserklärung ausreichend.

Für gebrauchte Ultraschallgeräte, das heißt Ultraschallgeräte, die zum Zeitpunkt der Beantragung über zwei Jahre in Betrieb sind, ist es ausreichend, wenn ein entsprechendes Wartungsprotokoll eingereicht wird, das nicht älter als zwölf Monate ist. Als Alternative kann hier dennoch eine Bildabnahmeprüfung durchgeführt werden.

### Verlängerung des Prüfindervalls und Möglichkeit zur Anerkennung von Wartungsprotokollen in der Konstanzprüfung

Das Prüfindervall der Konstanzprüfung wird von vier auf sechs Jahre verlängert. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die bildbasierte Konstanzprüfung durch die Einreichung eines aktuellen Wartungsprotokolls entfallen kann, wenn aus dem Wartungsprotokoll hervorgeht, dass die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

### Anpassung der Nachweiszahlen aus Anlage I der USV

Durch die Anpassungen der im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens nachzuweisenden Fallzahlen werden vor allem Divergenzen zwischen den Regelungen des Vertragsarztrechts und der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer weiter abgebaut.

Die in Anlage I USV geforderten Fallzahlen sind dann für jeden weiteren Anwendungsbereich der gleichen Ultraschallmethode nur noch in reduzierter Anzahl nachzuweisen, wenn für einen Anwendungsbereich dieser Ultraschallmethode bereits der Nachweis der in Anlage I geforderten Zahlen in voller Höhe erbracht wurde.

### Anerkennbarkeit von Ultraschallkursen in Modulstruktur

Zukünftig können auch Ultraschallkurse anerkannt werden, die in einzelnen Modulen angeboten werden und nicht mehr ausschließlich in mehrtägig zusammenhängenden Blockkursen.

Damit wird auch der neuen Kursstruktur der Fachgesellschaften für Ultraschallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz Rechnung getragen. Durch die Anerkennung von Kursen in Modulstruktur ist eine flexible Durchführung der Kurse möglich.

### Hygiene von Endosonographie-sonden

Ab 1. Oktober 2016 muss über die vom Hersteller beziehungsweise Gerätevertreiber ausgefüllte Gewährleistungserklärung nachgewiesen werden, dass der Hersteller des Ultraschallgeräts in der Gebrauchsanweisung Angaben zu mindestens einem wirksamen und materialver-

## Ende des KV-SafeNet\*- Förderprogramms

trägliches Desinfektionsverfahren mit bakterizider, fungizider und viruzider Wirkung zur Verfügung stellt.

So wird auf bestehende Anforderungen an die Hygiene und Aufbereitung von Endosonographiesonden – unter anderem gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung – auch in der Ultraschallvereinbarung eingegangen.

Sollten Sie sich nach dem 1. Oktober 2016 eine neue Endosonographiesonde anschaffen und noch keine entsprechende Gewährleistungserklärung mit der Bestätigung erhalten haben, können Sie diesen Nachweis bis zum 31. März 2017 nachreichen.

### Änderung ab 1. Januar 2017: Dokumentationsprüfungen

Die jährliche Quote für die durchzuführenden Dokumentationsprüfungen wird von bisher drei Prozent auf sechs Prozent angehoben. Drei Prozent der Prüfungen sollen dabei auf Genehmigungen bezogen werden, die erstmals erteilt wurden. Die Erhöhung der Prüfquote gilt ab 1. Januar 2017. Über die weitere Vorgehensweise werden wir Sie noch gesondert informieren.

Weitere Informationen zur Ultraschallvereinbarung finden Sie auch unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Sonographie*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 05 01  
E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Das KV-SafeNet\*-Förderprogramm läuft zum Jahresende 2016 aus. Bis dahin können Sie sich noch für einen KV-SafeNet\*-Anschluss entscheiden und im Rahmen unseres speziellen Förderprogramms bis zu 1.000 Euro sichern. Auf diese Weise möchten wir Sie bei der Anschaffung und Nutzung eines KV-SafeNet\*-Anschlusses unterstützen.

Falls Sie eine KV-SafeNet\*-Förderung beantragen möchten, senden Sie uns Ihren Antrag bitte ausschließlich online zu. Das Antragsformular sowie weiterführende Informationen und alle Fakten zum Förderprogramm, den technischen Voraussetzungen und möglichen KV-SafeNet\*-Providern finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet/Förderung*.

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

## Abschied von KV-Ident

Bis zum Jahresende wird das KV-Ident-Verfahren Geschichte sein. Wie wir bereits in der September-Ausgabe der KVB INFOS berichtet haben, haben wir mittlerweile alle Inhaber einer KV-Ident-Gridkarte mit einem KV-Ident Plus-Token ausgestattet. Von den bislang insgesamt 25.000 versendeten KV-Ident Plus-Token wurden bereits 21.200 Token aktiviert. Dies entspricht einer Quote von knapp 85 Prozent.

Aktuell haben wir noch einige wenige KV-Ident-Gridkarten im Umlauf, die bis Ende 2016 oder darüber hinaus gültig sind. Wir werden diese **KV-Ident-Gridkarten bis Ende November 2016 vorzeitig beenden**. Das bedeutet, dass Sie diese KV-Ident-Gridkarten nach dem 30. November 2016 nicht mehr nutzen können.

Den Mitgliedern, die noch nicht im Besitz eines KV-Ident Plus-Tokens sind, empfehlen wir deshalb, sich online einfach und schnell einen Token unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident Plus* zu bestellen. Denken Sie bitte daran, Ihren KV-Ident Plus-Token zu aktivieren und die KV-Ident Plus-Software, die wir Ihnen zur Verfügung stellen, zu installieren.

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

## 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 lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen ärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

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

### Modul I

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

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

Termine Modul I:

- 26. November 2016  
KVB Augsburg

### Modul III

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

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

Termine Modul III:

- 16. November 2016  
KVB Nürnberg

### Modul IV

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitschaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

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

Termine Modul IV:

- 30. November 2016  
KVB Nürnberg

### Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene

- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

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

Termine Modul V:

- 10. Dezember 2016  
KVB Straubing  
9.30 bis 14.30 Uhr

## Expertengespräch

### Leichenschau

- Definition der Todesarten – ein Problem für den Mediziner?
- Qualität und formale Fehler bei der ärztlichen Leichenschau aus der Sicht eines Gesundheitsamts
- Folgen fehlerhafter Leichenschau aus juristischer Sicht

Fortbildungspunkte: 3  
keine Teilnahmegebühr  
Uhrzeit: 17.30 bis 20.30 Uhr  
schriftliche Anmeldung erforderlich

Termin:

- 23. November 2016  
KVB München

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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/ Fortbildung* unter *KVB-Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

## Die nächsten Seminartermine der KVB

### Hinweis zu den Seminaren 2017

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr finden Sie voraussichtlich ab Mitte November unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*. Die Seminarbroschüren für 2017 erhalten die Praxen Anfang Dezember.

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

### Informationen zu Seminaren

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

### Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21  
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

### Gebühr

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

### Fortbildungspunkte

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

### Seminare

Abrechnungsworkshop - Frauenärzte

Abrechnungsworkshop - Hautärzte

Abrechnungsworkshop - Internisten mit Schwerpunkt und fachärztlichen Internisten

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

Abrechnungsworkshop - Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop - Urologen

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

DMP - Asthma/COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - eintägige Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärztliche und Kinderärztliche Praxen

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

QEP - Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016 1. Dezember 2016	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Dezember 2016 7. Dezember 2016 15. Dezember 2016	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärztinnen, die sich für eine Niederlassung interessieren	kostenfrei	17. November 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. November 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Dezember 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Dezember 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	19. November 2016	9.00 bis 13.30 Uhr	Augsburg
DMP-Ärzte	80,- Euro	10. Dezember 2016	9.00 bis 15.15 Uhr	München
DMP-Ärzte	95,- Euro	16. November 2016 26. November 2016 10. Dezember 2016	15.00 bis 20.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth Regensburg Nürnberg
Praxisinhaber	80,- Euro	3. Dezember 2016	9.00 bis 13.30 Uhr	Würzburg
Existenzgründer/Praxisinhaber	kostenfrei	12. November 2016 3. Dezember 2016	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. November 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. November 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	23. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	18. November 2016 19. November 2016	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

