

KVBIINFOS 06|16

ABRECHNUNG

- 86 Die nächsten Zahlungstermine
- 86 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016
- 87 Sammelerklärung
- 88 Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016
- 92 Neugeborenen-Untersuchungen U1 und U2
- 93 Urteil LSG Rheinland-Pfalz zu Widersprüchen einer KV

VERORDNUNG

- 94 Wunscharzneimittel
- 94 Switching
- 95 Sicherheitskanülen und -lanzetten
- 95 FAQ zu Heilmitteln

QUALITÄT

- 96 Einheitliche Anforderungen für Praxen und Krankenhäuser
- 97 Neue QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik
- 99 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

ALLGEMEINES

- 101 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

SEMINARE

- 102 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 104 Sicher im Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 105 Notfalltraining für das Praxisteam
- 106 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. Juli 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). Gerne können Sie uns Ihre Abrechnung und Unterlagen auch schon früher zusenden. Nähere Informationen zur Online-Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/Online-Abrechnung*.

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

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

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

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

(3) Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Behandlungsfalles ist unbeschadet der Absätze 1 und 2 durch den Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig. Ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn dies

- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist,*
- *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Sammelerklärung

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Wichtige Hinweise zur Sammelerklärung finden Sie im folgenden Artikel auf dieser Seite.

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 „Notarzdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Notarzdienst-Abrechnung*.

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

Mit Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen seit März 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.

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

Änderungen des EBM zum 1. Juli 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 372. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2016 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.

Humangenetik

Mit Wirkung zum 1. Juli 2016 wurde das Kapitel 11 EBM „Humangenetik“ grundlegend überarbeitet und die humangenetischen Leistungen der Abschnitte 11.3 und 11.4 an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Die von den Änderungen direkt betroffenen Fachgruppen werden von uns gesondert informiert.

Was ändert sich?

- Die humangenetischen Laboruntersuchungen des Kapitels 11 EBM wurden differenziert:
 - **Konstitutionelle genetische Diagnostik:** Leistungen im neu gefassten Abschnitt 11.4 „In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen“ in Kapitel 11
 - **Tumorgenetische Diagnostik:** Leistungen überführt in neuen Abschnitt 19.4 „in-vitro-Diagnostik tumorgenetische Veränderungen“ in Kapitel 19
 - Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 (Zytogenetik) und 11320 bis 11322 (Molekulargenetik) wurden gestrichen.
- Die ärztlichen Kosten und die Gemeinkosten der konstitutio-

nellen und der tumorgenetischen Laborleistungen wurden in neuen Pauschalen zusammengefasst (GOPen 11301 bis 11303 beziehungsweise GOPen 19401 bis 19403).

- Die Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen orientieren sich künftig an dem zugrunde liegenden Mutationsmechanismus. Damit wird die bisherige methodische Beschreibung von einer pathogenetischen abgelöst.
- Die fachlichen Anforderungen für die Abrechnung von Leistungen der konstitutionellen und tumorgenetischen Diagnostik bleiben jedoch weitgehend unverändert.

Konstitutionelle genetische Diagnostik in Abschnitt 11.4

- Die Gebührenordnungspositionen des neugefassten Abschnitts 11.4 sind nur für in-vitro-diagnostische Untersuchungen konstitutioneller genetischer Veränderungen berechnungsfähig. Genexpressionsanalysen sowie die Untersuchung freier Nukleinsäuren im Plasma („Liquid-Biopsy“) sind nicht berechnungsfähig.
- In Unterabschnitt 11.4.1 wurden die fallbezogenen Pauschalen der konstitutionellen genetischen Diagnostik zusammengefasst (GOPen 11301 bis 11303). Die Risikoallelen des bisherigen Abschnitts 11.4.1 sind künftig hingegen vollständig in Abschnitt 32.3.14 (Speziallabor) abgebildet.
- In Unterabschnitt 11.4.2 sind weiterhin indikationsbezogene Untersuchungen konkretisiert. Neue Indikationen wie das Noonan-Syndrom als „nicht seltene“ Erkrankung mit kardialer Beteiligung und Entwicklungsverzögerung (neu: GOPen 11355 und 11356) sowie das Marfan-Syn-

drom als hereditäre Erkrankung des Bindegewebes, unter anderem mit Beteiligung des Herzkreislaufsystems, des Skelettsystems sowie der Augen (GOPen 11444 bis 11448), wurden aufgenommen.

- Der Untersuchungsumfang der indikationsbezogenen Stufendiagnostik nach Abschnitt 11.4.2 ist abschließend und die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt wie bisher die Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik voraus.
- Die zytogenetische und molekulargenetische in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen wurden in einem eigenen Unterabschnitt 11.4.3 abgebildet. Die große Mutationssuche (GOP 11514) unterliegt einer Genehmigungspflicht durch die zuständige Krankenkasse.
- Die Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei „nicht seltenen“ Erkrankungen kann mit den Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 11.4.4 berechnet werden. Untersuchungen krankheitsauslösender oder krankheitsrelevanter Mutationen sind damit auch weiterhin ohne den Verdacht auf eine syndromale oder seltene Erkrankung berechnungsfähig.

Tumordiagnostik in Abschnitt 19.4

- Die Leistungen des Abschnitts 19.4 sind nur für die in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen in neoplastisch veränderten Geweben und Organen berechnungsfähig. Die Analyse von freien Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen wie EndoPredict® oder

Oncotype DX® sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.

- Eine in-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie (Companion Diagnostik) ist ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen des neuen Unterabschnitts 19.4.4 berechnungsfähig.
- Die fallbezogenen Pauschalen der tumorgenetischen Diagnostik (GOPen 19401 bis 19403) finden sich im neuen Unterabschnitt 19.4.1.
- Der Unterabschnitt 19.4.2 bildet die in-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen für solide und hämatologische Erkrankungen ab. Auch hier ist eine aufwendige Mutationssuche (GOP 19425) nur nach vorheriger Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse berechnungsfähig.
- Im Unterabschnitt 19.4.3 sind die besonderen in-vitro-diagnostischen Verfahren zusammengefasst, die ausschließlich bei hämatologischen Erkrankungen Anwendung finden. Die dort aufgeführten Leistungen dürfen ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie von Fachärzten, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, veranlasst werden.

Weitere geplante Änderungen/Anpassungen

Im Zuge der Weiterentwicklung der Humangenetik sind noch weitere Änderungen geplant:

- Anpassung der Bestimmungen zu Überweisungen/Veranlassung von Laborleistungen in Paragraf 24 Absatz 8 und Paragraf 25 Ab-

satz 2 Nummer 2 des Bundesmantelvertrags

- Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für die in Verbindung mit einer Organ-, Gewebe- oder Stammzellentransplantation erforderliche HLA-Antigen-diagnostik
- Der Bewertungsausschuss berät für die antragspflichtigen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11449, 11514 und 19425 über die Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens zum Antrag des Versicherten auf Durchführung dieser Leistungen zum 1. Juli 2016.
- Anpassungen der genetischen Untersuchungen in den Abschnitten 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge), 1.7.5 (Empfängnisregelung) und 8.5 (Reproduktionsmedizin) mit Wirkung zum 1. April 2017
- Pharmakogenetische Untersuchungen stellen derzeit keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Der Bewertungsausschuss prüft jedoch die Aufnahme der genotypischen Untersuchung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase gemäß Fachinformation.

Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

Zum 1. Juli 2016 wird ein neues Kapitel 30.13 zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung in den EBM aufgenommen (siehe Tabelle Seite 90). Künftig kann der Hausarzt Patienten für ein weiterführendes geriatrisches Assessment an einen spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt oder eine ermächtigte Geriatrische Institutsambulanz (GIA) überweisen. Hausärzte

bleiben unverändert die ersten Ansprechpartner in der geriatrischen Versorgung. Sie sind weiterhin zuständig für das geriatrische Basisassessment und die Weiterbehandlung des Patienten nach der spezialisierten geriatrischen Diagnostik.

Für alle neuen Leistungen aus Abschnitt 30.13 gilt:

- Sie können ausschließlich bei Patienten abgerechnet werden, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und bestimmte Kriterien erfüllen. Der Patient muss mindestens 70 Jahre alt sein und zwei der in der Präambel 30.13 aufgeführten geriatrischen Syndrome oder ein aufgeführtes geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe haben. Die ICD-Kodes sind zwingend anzugeben.
- Längstens ein Quartal zuvor muss ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt worden sein.

Für die bestehenden hausärztlich-geriatrischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 ergeben sich durch die Aufnahme der neuen Leistungen in Abschnitt 30.13 EBM keine Einschränkungen.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick			
GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung	Wer darf abrechnen?
30980	Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach GOP 30984 durch den überweisenden Vertragsarzt	194 Punkte (20,25 €) einmal im Krankheitsfall	Hausarzt In Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt auch:
30988	Zuschlag zu GOPen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik ■ nur berechnungsfähig in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der GOP 30984 ■ in derselben Sitzung nicht neben der GOP 30984	65 Punkte (6,78 €) einmal im Krankheitsfall	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzte für Neurologie ■ Nervenheilkunde ■ Neurologie und Psychiatrie ■ Psychiatrie und Nervenheilkunde ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30981	Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach GOP 30984 durch einen GIA beziehungsweise spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt	131 Punkte (13,67 €) einmal im Krankheitsfall	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie ■ Internisten mit SP Geriatrie ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
30984	Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik ■ Dauer mindestens 60 Minuten ■ nur auf Überweisung ■ vorab Abklärung gemäß GOP 30980 und 30981 erforderlich ■ in derselben Sitzung nicht neben den GOPen 03360, 03362 und 30988	882 Punkte (92,05 €) einmal im Krankheitsfall, eine zweimalige Berechnung im Krankheitsfall setzt eine ausführliche medizinische Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus (FK5009)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internisten, Reha-Mediziner und Fachärzte für Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß der Anlage 1 zu Paragraph 1 der Vereinbarung nach Paragraph 118a SGB V ■ ermächtigte geriatrische Institutsambulanzen gemäß Paragraph 118a SGB V
30985	Zuschlag zur GOP 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments	325 Punkte (33,92 €) je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	Voraussetzung zur Abrechnung: Genehmigung durch die KVB gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V.*
30986	Zuschlag zur GOP 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments	234 Punkte (24,42 €) je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	

* Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der neuen GOPen 30981, 30984, 30985 und 30986 ist eine durch die KVB erteilte Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik, die zum 1. Juli 2016 in Kraft tritt. Die wesentlichen Genehmigungsvoraussetzungen und die Möglichkeiten, einen Antrag auf Genehmigung zu stellen, sind in den KVB/INFOS, Ausgabe 6/2016 ab Seite 97 dargestellt.

Patientenadaptiertes Narkosemanagement bei Kataraktchirurgie

In der Kataraktchirurgie können Anästhesisten künftig die Anästhesie individueller auf den Patienten abstimmen und zwischen den verschiedenen Anästhesieverfahren wählen beziehungsweise diese stufenweise kombinieren. Hierzu werden zum 1. Juli 2016 die bisherigen anästhesiologischen Verfahren Analgesie beziehungsweise Sedierung (GOP 31830/36830 und 31831/36831), Narkose (31821/36821 und 31822/36822) und Stand-by (GOP 05340) in einer Pauschale zusammengefasst.

Neu: GOP 31840 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 1 nach der Gebührenordnungsposition 31350

EBM-Bewertung 443 Punkte
Preis B€GO 46,23 Euro

Neu: GOP 31841 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 2 nach der Gebührenordnungsposition 31351

EBM-Bewertung 706 Punkte
Preis B€GO 73,68 Euro

Neu: GOP 36840 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 1 nach der Gebührenordnungsposition 36350

EBM-Bewertung 290 Punkte
Preis B€GO 30,26 Euro

Neu: GOP 36841 – Patientenadaptiertes Narkosemanagement im Zusammenhang mit einem intraokularen Eingriff der Kategorie 2

nach der Gebührenordnungsposition 36351

EBM-Bewertung 478 Punkte
Preis B€GO 49,88 Euro

Für die Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen 31840/31841 beziehungsweise 36840/36841 ist Folgendes zu beachten:

- Neben der Anästhesie nach der GOP 31801 oder der Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions nach der GOP 31820 berechnungsfähig
- Die Präanästhesiologische Untersuchung nach GOP 05310 ist obligater Leistungsinhalt der neuen Gebührenordnungspositionen.
- Die bisherigen Berechnungsausschlüsse gelten auch für die neuen Anästhesiepauschalen.
- Im Anhang 2 zum EBM werden den OPS-Codes, die in einen intraokularen Eingriff nach den GOPen 31350, 31351, 36350 oder 36351 münden, den neuen Anästhesiepauschalen zugeordnet. Die Anästhesie-/Narkoseleistungen nach den GOPen 31821/31822 beziehungsweise 36821/36822 können für diese Eingriffe künftig nicht mehr berechnet werden.
- Die Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken (GOP 05230) ist auch für die neuen Pauschalen (GOP 31840/31841) berechnungsfähig.

Neu: GOP 05315 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841

EBM-Bewertung 15 Punkte
Preis B€GO 1,57 Euro
(Wird durch die KVB zugesetzt.)

Erläuterungen zur Aufnahme

In den neuen Pauschalen sind die präanästhesiologische Untersuchung (GOP 05310) und Überwachung der

Vitalfunktionen (GOP 05340) als Teilleistungen enthalten und bei Ansatz der Pauschalen künftig nicht mehr gesondert berechnungsfähig. Da die GOPen 05310 und 05340 derzeit innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden, soll auch künftig ein bestimmter Umfang der Pauschalen innerhalb der MGV vergütet werden. Zur Abbildung dieser Systematik im EBM wurde die GOP 05315 als Zuschlag zu den Pauschalen aufgenommen.

Änderungen: GOPen 05320,

31801, 31820, 36801 und 36820

Zusätzlich werden mit dem Beschluss die Gebührenordnungspositionen 05320, 31801, 31820, 36801 und 36820 zur Anpassung an den aktuellen medizinischen Stand um die gängigen Verfahren der parabolbären und peribulbären Anästhesie erweitert.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kurzlegenden sowie die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840, 36841, 30981 und 30984 bis 30986 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4 und 19.4 werden nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Ihre Berechnung führt daher zum Ausschluss der PFG.

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

Neugeborenen-Untersuchungen U1 und U2

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 (GOP 01711 und 01712 EBM) werden oft durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner erbracht, während das Neugeborene sich nach der Geburt noch stationär im Krankenhaus aufhält. Für die Abrechnung der Neugeborenenuntersuchung bei dieser Konstellation gelten folgende Besonderheiten:

Voraussetzungen

1. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung können Früherkennungsmaßnahmen durch einen Belegarzt erbracht werden (Paragraf 73 Absatz 6 SGB V).

Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2:

- Die Früherkennungsuntersuchung U1 kann sowohl von einem gynäkologischen als auch von einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden.
 - Die Früherkennungsuntersuchung U2 kann von einem kinder- und jugendmedizinischen Belegarzt erbracht werden.
2. Alternativ darf der Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist (Paragraf 41 Absatz 6 BMV-Ä).

Folglich gilt für die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2: Der gynäkologische Belegarzt kann einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung der Früherkennungsun-

tersuchungen U1 und U2 hinzuziehen, wenn das Fach Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus nicht vertreten ist. Ist an dem Krankenhaus ein Kinder- und Jugendarzt beschäftigt, so entfällt die Voraussetzung und es kann kein Vertragsarzt hinzugezogen werden. Dabei reicht es nach der Rechtsprechung bereits aus, wenn der Kinder- und Jugendarzt halbtags am Krankenhaus angestellt ist (Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 14. Juni 2006, L 3 KA 154/03).

Fazit

Werden die Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung weder vom Belegarzt (entsprechend Punkt 1.) noch von einem vom Belegarzt hinzugezogenen Arzt (entsprechend Punkt 2.) erbracht, sind die Leistungen Bestandteil der Krankenhausleistung und somit von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (Paragraf 73 Absatz 6 SGB V).

Abrechnungsbestimmungen

- Die erste Untersuchung nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1) wird auf einem mit der elektronischen Gesundheitskarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung (U2), wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine elektronische Gesundheitskarte für das Kind vorliegt (Paragraf 22 Absatz 2 BMV-Ä).
- Erbringt der vom belegärztlichen Gynäkologen hinzugezogene Kinder- und Jugendmediziner Leistungen, müssen diese auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten und im Feld „bei

belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein abgerechnet werden (Paragraf 41 Absatz 7 BMV-Ä). Die Überweisung vom belegärztlichen Gynäkologen an den hinzugezogenen Kinder- und Jugendarzt erfolgt mit den Daten der Gesundheitskarte eines Elternteils.

Abrechnungsmodus

- Das Feld mit der Scheinuntergruppe (Kennung 4239) ist mit dem Inhalt „Stationäre Mitbehandlung, Vergütung nach ambulanten Grundsätzen“ (SUG „26“) zu belegen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Silvia Langbein unter
 Telefon 09 41 / 39 63 – 1 34
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 73
 E-Mail Silvia.Langbein@kvb.de

Urteil LSG Rheinland-Pfalz zu Widersprüchen einer KV

Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz hat in einem aktuellen Urteil vom 17. September 2015 (Az. L 5 KA 11/14) entschieden, dass ein Prüfbescheid (Verwaltungsakt) der Prüfungsstelle gegenüber dem Arzt weiterhin Bindungswirkung entfaltet, wenn lediglich die Kassenärztliche Vereinigung Widerspruch eingelegt hat und der Bescheid der Prüfungsstelle **nicht aufgehoben** wird.

Die KVB legt zwar bei grundsätzlichen Problemstellungen regelmäßig und flächendeckend Widerspruch zugunsten der von belastenden Verwaltungsakten betroffenen Vertragsärzte ein (siehe KVB FORUM, Ausgabe 6/2015, Seite 24), für Sie als betroffener Arzt bedeutet das Urteil aber Folgendes: Wenn die Prüfungsstelle Ärzte Bayern (PSt) einen Prüfbescheid mit einer für Sie belastenden Maßnahme (Regress oder Beratung) erlässt und nur die KVB dagegen Widerspruch einlegt und das Widerspruchsverfahren nicht erfolgreich ist (das heißt, es bleibt bei der für Sie belastenden Maßnahme), dann ist Ihnen die weitere Möglichkeit genommen, gegen den Bescheid mittels einer Klage vorzugehen. Nur sofern die KVB mit ihrem Widerspruch erfolgreich ist, kommt Ihnen dies mittelbar dadurch zugute, dass der Bescheid der PSt dann aufgehoben wird. Im Wege eines Widerspruchsbescheids ist dann eine Entscheidung zu erlassen, die dem Erfolg des Widerspruchs der KVB Rechnung zu tragen hat.

Wenn Sie den gesamten Rechtsweg inklusive der Klage zum Sozialgericht beschreiten können wollen, müssen Sie auch selbst gegen die Prüfbescheide der PSt fristgerecht Widerspruch einlegen. Dies sollten Sie auch dann tun, wenn die KVB zusätzlich den Bescheiden widersprochen hat.

Sollten Sie einen Bescheid von der PSt erhalten, der eine Sie belastende Maßnahme festsetzt, bieten wir Ihnen gerne unsere Unterstützung bei der Frage an, ob es sinnvoll ist, Widerspruch gegen den Bescheid der PSt einzulegen. Des Weiteren können wir Hilfe bei der Erstellung einer Widerspruchsbegründung leisten und Ihnen zu allen sonstigen Fragen rund um dieses Thema sowie zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Allgemeinen beratend zur Seite stehen.

Details zum Urteil

Das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz hat in dem oben genannten Urteil zu folgender Fallkonstellation entschieden: Der Prüfungsausschuss erließ einen Prüfbescheid, der eine belastende Maßnahme für einen Arzt festsetzte. Hiergegen legte nur die Kassenärztliche Vereinigung (KV), nicht auch der betroffene Arzt, Widerspruch ein. Im Folgenden beteiligte sich der Arzt am Widerspruchsverfahren, indem er Akteneinsicht nahm und in der Sitzung des Beschwerdeausschusses inhaltlich argumentierte. Das Widerspruchsverfahren blieb jedoch trotz Prüfung der beanstandeten Punkte erfolglos. Sowohl die Klage des betroffenen Arztes zum Sozialgericht sowie anschließend die Berufung zum LSG wurden als unbegründet zurückgewiesen. Entscheidungserheblich war, dass der Bescheid des Prüfungsausschusses gegenüber dem Arzt Bindungswirkung entfaltet hatte, da er selbst keinen Widerspruch dagegen eingelegt hatte. Der Bescheid war mithin bestandskräftig geworden. Auch die Prüfung der vom Arzt angeführten Argumente hatte diesen nicht in den Stand des Widerspruchsführers erhoben.

Bei Fragen erreichen Sie uns

in Nürnberg

Ingrid Luise Antofi

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 4 89

Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 64 89

E-Mail KVWP@kvb.de

oder in Regensburg

Maximilian Kirchner

Telefon 09 41 / 39 63 – 2 85

Fax 09 41 / 39 63 – 6 82 85

E-Mail KVWP@kvb.de

Wunscharzneimittel

Seit 1. Januar 2011 haben Ihre Patienten die Möglichkeit, ihr gewünschtes Arzneimittel gegen Kostenerstattung zu erhalten (AMNOG, sogenannte Mehrkostenregelung).

Wie funktioniert das?

Sie verordnen ein Generikum ohne aut-idem Kreuz oder einen Wirkstoff. Der Patient legt das Rezept in der Apotheke vor. Entspricht das dort abzugebende Arzneimittel nicht dem Wunsch des Patienten, kann er die Abgabe seines Wunscharzneimittels verlangen. Der Patient muss aber den vollen, gesetzlich festgelegten Apothekenabgabepreis bezahlen und erhält dafür eine Rezeptkopie und eine Quittung. Beides reicht er bei seiner Krankenkasse ein und bekommt dann einen Teil der Kosten erstattet.

Die Krankenkasse zieht vom Apothekenabgabepreis die Rezeptgebühr, Rabatte sowie eine Verwaltungspauschale ab (genaue Beträge sind nur den Krankenkassen bekannt).

Auch wenn der Patient einen Teil der Kosten selbst tragen muss – er erhält sein gewünschtes Arzneimittel.

Die Apotheken sind über diese Regelung und ihre Umsetzung informiert.

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

Switching

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegt demnach ein Wirkstoff sowohl in einer verschreibungspflichtigen als auch verschreibungsfreien Form vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 der Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein“. Ausnahmen ergeben sich nur, wenn das verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für welche das apothekenpflichtige nicht zugelassen ist oder – falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen –, kann im Einzelfall auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

Beispiel: Zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Schmerzen stehen 200 mg oder 400 mg Ibuprofen-Präparate als apothekenpflichtige oder verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Verfügung. In diesen Fällen gilt das oben ausgeführte Prozedere (Paragraph 12 Absatz 11 der Arzneimittel-Richtlinie). Bei stärkeren Schmerzen kann Ibuprofen mit 600 mg oder 800 mg notwendig sein. Dies ist zulasten der GKV verordnungsfähig.

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparats zu begründen beziehungsweise zu dokumentieren, wenn der Versuch einer OTC-Verordnung

nicht ausreichend war, um für den Fall eines Prüfantrags gewappnet zu sein.

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

Sicherheitskanülen und -lanzetten

Grundsätzlich sind Sicherheitskanülen und Sicherheitslanzetten als Hilfsmittel auf den Namen Ihres Patienten verordnungsfähig. Sicherheitskanülen (HiMi-Positionsnummer: 03.99.99.1010) und Sicherheitslanzetten (HiMi-Positionsnummer: 21.99.99.1001) können erheblich teurer sein als „normale“ Kanülen.

Von der AOK Bayern haben wir die Aussage, dass Sicherheitskanülen und -lanzetten zur Gewährleistung des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzes notwendig sind. Die Mehrkosten müssen in gewerblich betriebenen Einrichtungen und bei Pflegediensten von der Einrichtung getragen werden.

Gemäß der Hilfsmittel-Richtlinie ist auf der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Sie sind daher verpflichtet, unter Nennung der Diagnose und des Datums, insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnis (Produktart: Infusionskanülen oder die siebenstellige Positionsnummer: 03.99.99.1)
- die Anzahl und
- gegebenenfalls Hinweise (zum Beispiel über Zweckbestimmung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten, anzugeben. Eventuell ist hierzu ein Beiblatt notwendig.

Der Leistungserbringer (zum Beispiel die Apotheke) wählt das Hilfsmittel-Einzelprodukt unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots beziehungsweise gegebenenfalls Lieferverträgen mit den Krankenkassen aus. Die Verordnung eines Hilfsmittels unter seinem Herstellernamen bedarf einer entsprechenden detaillierten Begründung.

sichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots beziehungsweise gegebenenfalls Lieferverträgen mit den Krankenkassen aus. Die Verordnung eines Hilfsmittels unter seinem Herstellernamen bedarf einer entsprechenden detaillierten Begründung.

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

FAQ zu Heilmitteln

Wir haben für Sie unsere FAQ zu Ergotherapie, Physikalischer Therapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie aktualisiert. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel* auf den jeweiligen Unterseiten.

Hier beantworten wir Ihnen auch allgemeine Fragen zur Verordnungsfähigkeit: von Hausbesuchen über Doppel-Behandlungseinheiten bis zu themenspezifischen Fragen wie zum Beispiel „Wird bei einem Wechsel bei gleichbleibendem Krankheitsbild von einer Diagnosegruppe mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine Diagnosegruppe mit länger andauerndem Behandlungsbedarf (Beispiel von LY1 zu LY2) ein neuer Regelfall ausgelöst?“

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

Einheitliche Anforderungen für Praxen und Krankenhäuser

Zukünftig gelten für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM): Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierfür eine neue QM-Richtlinie beschlossen. Derzeit muss noch ein Stellungnahmeverfahren des Bundesgesundheitsministeriums abgewartet werden. Es ist jedoch derzeit davon auszugehen, dass die neue QM-Richtlinie – gegebenenfalls mit Änderungen, die sich noch im Zusammenhang mit dem Stellungnahmeverfahren ergeben können – voraussichtlich im Juni oder Juli 2016 in Kraft tritt. Wir informieren Sie, wenn der Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Richtlinie feststeht.

Die neue QM-Richtlinie soll die drei bisherigen Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen sowie den stationären Bereich ablösen. Kern der neuen Richtlinie werden konkrete Methoden und Instrumente als Bestandteile des Qualitätsmanagements sein, wie beispielsweise der Einsatz von Checklisten und Prozessbeschreibungen oder die Regelung von Verantwortlichkeiten. Diese waren nahezu alle bereits in der bisherigen Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) enthalten.

Im Anschluss geben wir Ihnen einen **Überblick über die Neuerungen** der beschlossenen Richtlinie, vorbehaltlich der Änderungen, die sich noch im Zusammenhang mit dem oben erwähnten Stellungnahmeverfahren ergeben können.

Primäres Ziel: größtmögliche Patientensicherheit

Umfassender als in der ÄQM-RL wird Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patienten-

sicherheit dargestellt. Verschiedene Instrumente und Methoden fokussieren besonders auf sicherheitsrelevante Prozesse.

Neue Anwendungsbereiche aufgenommen

In der Richtlinie werden verschiedene QM-Anwendungsbereiche, wie Notfallmanagement und Hygienemanagement aufgeführt. Neu aufgenommen wurden Arzneimitteltherapiesicherheit, Schmerzmanagement und die Vermeidung von Stürzen, da in diesen Bereichen unter anderem QM-Maßnahmen zu Verbesserungen führen können.

OP-Checklisten werden explizit genannt

Neu ist, dass jetzt bei operativen Eingriffen unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder bei Eingriffen, die unter Sedierung erfolgen, OP-Checklisten eingesetzt werden. Damit sollen Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen sowie schwerwiegende Komplikationen vermieden werden.

Mitarbeiterperspektive systematisch einbinden

Neben regelmäßigen Patientenbefragungen sollen zukünftig auch Mitarbeiter – möglichst anonym – befragt werden.

Richtlinie konkreter gefasst

In der neuen Richtlinie wird klargestellt, dass sich die QM-Anforderungen bei Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nicht auf den einzelnen Arzt oder Psychotherapeuten, sondern auf die Einrichtung als solche beziehen.

Drei Jahre Zeit für Einführung und Umsetzung

Neu zugelassene beziehungsweise neu ermächtigte Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben drei Jahre Zeit, alle Instrumente und Methoden des Qualitätsmanagements erstmals anzuwenden und dann kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auf die Anwendung einer Methode/eines Instruments kann verzichtet werden, wenn dies durch besondere einrichtungsbezogene Bedingungen begründet ist.

Stichprobenprüfungen nur noch alle zwei Jahre

Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen zum Stand der Umsetzung und der Weiterentwicklung des QM stabil sind, finden die Stichprobenprüfungen gemäß einer Übergangsregelung nicht mehr jährlich, sondern nur noch alle zwei Jahre statt – die nächste Ende 2016. Entsprechen die Ergebnisse nicht den Anforderungen der QM-Richtlinie, werden die Praxen/MVZ von den QM-Kommissionen der KVen beraten. Sanktionen gibt es auch zukünftig nicht.

Neue Methodik zur Evaluation

Um QM in Zukunft systematisch in Praxen und Krankenhäusern zu evaluieren und zu veröffentlichen, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Empfehlungen zu einer neuen Methodik erarbeiten, über die der G-BA zu einem späteren Zeitpunkt beraten wird. Bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten erfolgt die Erhebung auch weiterhin durch die KVen.

„Mein PraxisCheck Qualitätsmanagement“: kostenloser Online-Test

Um die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten beim Qualitäts-

Neue QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

management nach der neuen Richtlinie zu unterstützen, wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zum Inkrafttreten der Richtlinie ihr Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ ausbauen: Ärzte und Psychotherapeuten können dann mit dem Online-Test unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Praxisführung/Mein PraxisCheck mit wenigen Klicks herausfinden, wo sie in puncto Qualitätsmanagement stehen.

Nach dem Check erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht. Darin sind auch praktische Tipps und Empfehlungen aufgeführt, wie Fehler vermieden und Abläufe im Praxisalltag noch verbessert werden können. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos. „Mein PraxisCheck“ gibt es bereits zu den Themen Hygiene, Informationssicherheit und Impfungen.

Qualitätsmanagement

Ein Qualitätsmanagement (QM) unterstützt die Praxisleitung und das Team dabei, Arbeitsabläufe zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Ziel ist es, alle Tätigkeiten konsequent an fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen auszurichten – und sich dabei möglichst nah an den Bedürfnissen von Patienten und Mitarbeitern zu orientieren. So kann für alle Beteiligten eine größtmögliche Sicherheit und Zufriedenheit erreicht werden.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind seit 2004 gesetzlich verpflichtet, ein sogenanntes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (Paragraf 135a, Sozialgesetzbuch V). In der QM-Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses sind die Ziele, Grundsätze, Methoden und Instrumente festgelegt. Beim Aufbau eines internen QM-Systems helfen sogenannte Qualitätsmanagementverfahren, wie beispielsweise QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® oder die DIN EN ISO 9001.

Den Volltext der QM-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/.

Informationen zu QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen), dem QM-System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV, finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/QEP.

Weitere Informationen zum Thema Qualitätsmanagement bietet die Broschüre „PraxisWissen: Qualitätsmanagement in der Praxis“, zu finden unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Qualität/Qualitätsmanagement.

Am 1. Juli 2016 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik in Kraft. Zeitgleich werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) **30981, 30984, 30985 und 30986** aufgenommen (siehe hierzu die Informationen in der Rubrik „Abrechnung“ der KVB INFOS). Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen ist eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** nach der QSV. Die Genehmigung kann auf zwei Wegen beantragt werden.

Antrag nach Übergangsregelung
Dieser Antrag ermöglicht einen Zugang zur Genehmigung unter erleichterten fachlichen Voraussetzungen für Fachärzte, die bereits vor dem 1. Juli 2016 an einem **regionalen geriatrischen Strukturvertrag beziehungsweise Vertrag im Rahmen der besonderen Versorgung**, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen beinhaltet, teilgenommen haben (Paragraf 11 QSV). Nachzuweisen sind in diesem Fall

- die Dauer der Teilnahme an einem entsprechenden geriatrischen Strukturvertrag von mindestens **einem Jahr**,
- **20 Fortbildungspunkte** zu geriatrispezifischen Themen **innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung**.

Die Einzelheiten können dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „G“/Geriatric/Antrag nach Übergangsregelung* entnommen werden. Der Antrag nach Übergangsregelung muss spätestens bis 31. Dezember 2016 gestellt werden. Danach sind nur noch Neuanträge möglich. Wenn die Voraus-

setzungen der Übergangsregelung erfüllt werden und der entsprechende Antrag gestellt wird, können die neuen Leistungen ab Erteilung des Genehmigungsbescheids abgerechnet werden.

Neuantrag

Sofern vor dem 1. Juli 2016 keine Teilnahme an einem regionalen geriatrischen Strukturvertrag erfolgt ist, ist ein Neuantrag zu stellen. In diesem Fall sind folgende fachlichen Voraussetzungen nach Paragraph 3 QSV nachzuweisen:

Paragraf 3 Absatz 1 QSV:

- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie **oder**
- Führen der **Zusatzbezeichnung Geriatrie**.

Abweichend davon gilt die fachliche Befähigung nach **Paragraf 3 Absatz 2 QSV** auch dann als erfüllt, wenn die folgenden Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen kumulativ nachgewiesen werden:

- Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- im Jahr vor Antragstellung Behandlung von **100 Patienten** entsprechend Paragraf 2 der Vereinbarung nach Paragraf 118a SGB V*,
- besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von **160 Stunden**,
- fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung **und**
- Nachweis einer ärztlichen **Tätig-**

keit von zwölf Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters nach Paragraf 3 Absatz 1 QSV oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der zwölfmonatigen Tätigkeit erfüllt. Der Nachweis einer **mindestens sechsmonatigen Tätigkeit genügt**, wenn sich der Arzt verpflichtet, in den **folgenden vier Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren**.

Näheres kann dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „G“/Geriatrie/Neuantrag* entnommen werden. Die Leistungen können erst ab Erteilung des Genehmigungsbescheids durchgeführt und abgerechnet werden.

Neben den fachlichen Voraussetzungen müssen zur Erteilung der Genehmigung (bei Neuantrag und Antrag nach Übergangsregelung) die folgenden weiteren Anforderungen gewährleistet werden:

- **Kooperation mit weiteren Berufsgruppen** (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die über eine bestimmte fachliche Qualifikation verfügen) bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik in den Praxisräumlichkeiten oder in unmittelbarer räumlicher Nähe (Paragraf 5 QSV).
- Durchführung multiprofessioneller **Qualitätszirkel** zu geriatrischen Themen (mindestens zweimal jährlich), regelmäßiger **Schulungen der Praxismitarbeiter** sowie patientenorientierter **Fallbesprechungen** mit Beteiligung

der eingebundenen Berufsgruppen (Paragraf 6 QSV).

- Die **räumliche und apparative** Ausstattung muss die Diagnostik von geriatrischen Patienten ermöglichen (behindertengerechter Zugang, Barrierefreiheit ist anzustreben, siehe Paragraf 7 QSV).

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik nach Paragraf 4 QSV umfasst unter anderem:

- die Durchführung geeigneter **geriatrischer Assessmentverfahren** (zum Beispiel Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz, instrumentelle Aktivitäten),
- die systematische **Erhebung relevanter Kontextfaktoren** unter Verwendung eines **Sozialassessments** in mindestens fünf Bereichen (zum Beispiel soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) sowie
- weitere **syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren**, um Hinweise für Funktionsstörungen und Risiken des geriatrischen Patienten zu erkennen,
- sowie die Bewertung der geriatrischen Syndrome.

Die Assessments sind entsprechend des individuellen Bedarfs des Patienten unter Einbindung mindestens eines Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und/oder Logopäden durchzuführen.

Anhand der Testergebnisse und Untersuchungen ist ein **schriftlicher Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt** zu erstellen (Paragraf 4 Absatz 3 bis 5 QSV). Dieser enthält insbesondere allge-

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

meine und persönliche Behandlungsziele, Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln und zur notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung, aber auch gegebenenfalls Aspekte der psychosozialen Versorgung und die Information über geeignete Beratungs- und Hilfsangebote und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen.

Im Vorfeld jeder spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss eine **patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt ohne Patientenkontakt** erfolgen (Paragraf 4 Absatz 6 QSV).

Ärzte, denen eine Genehmigung nach der QSV erteilt wurde, müssen regelmäßig ihre theoretischen Kenntnisse im Bereich Geriatrie aktualisieren, indem sie **zweijährlich 48 Fortbildungspunkte** zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen nachweisen (Paragraf 8 QSV).

Der Volltext der QSV zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik wird zeitnah auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellt unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung. Die Vereinbarung nach Paragraf 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen – GIA) finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Weitere Rechtsquellen/zu besonderen Leistungen/Ambulante Behandlung durch Geriatrische Institutsambulanzen.

Syndrom dokumentiert ist und eine Pflegestufe nach Paragraf 15 SGB XI vorliegt:

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung, einschließlich Fallneigung und Schwindel
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- therapieresistentes chronisches Schmerzsyndrom

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse regelt bereits seit dem Jahr 2006 für alle vertragsärztlich erbrachten Dialysebehandlungen Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Nun gibt es bezüglich einzelner Themen weitere Konkretisierungen.

Hämodialyse über Katheterzugang: Auffälligkeitswert definiert

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Oktober 2015 den Auffälligkeitswert für den Parameter „Anteil Patienten mit Katheterzugang“ festgelegt (Paragraf 8 Absatz 3 Buchstabe C der Richtlinie). Die Auffälligkeitsgrenze liegt nun bei Dialysepatienten mit einem Katheterzugang bei einem Anteil von 30 Prozent. Dialyseeinrichtungen, die diesen Wert im Quartal überschreiten, gelten als rechnerisch auffällig. Den Beschlusstext und weitere Informationen finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/Beschlüsse.

Dokumentationspflicht bei Dialysen von Asylsuchenden

Die Frage des Krankenversicherungsschutzes von Asylsuchenden wird in den Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich geregelt. Die Dokumentationsvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse verknüpfen die Verpflichtung zur Erfassung der Dialyседaten mit dem Vorliegen einer (lebenslangen) Versicherungsnummer. Somit kann sich auch bei Asylsuchenden die Dokumentationspflicht ausschließlich auf Patienten mit einer solchen Versicherungsnummer beziehen.

Dokumentation der Benchmarkdaten

Der Jahresbericht für das Berichtsjahr 2014 ist vom G-BA veröffent-

* Dies sind Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit **geriatrietypischer Morbidität**. Letztere liegt bei Patienten vor, bei denen **mindestens zwei** nachfolgende geriatrische Syndrome dokumentiert sind oder **mindestens ein** nachfolgendes geriatrisches

licht worden und ist unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien/Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/Beschlüsse einsehbar. Vom GKV-Spitzenverband wurde darauf hingewiesen, dass es im Rahmen der Benchmarkberichte zu teilweise hohen Anteilen fehlender Werte aufgrund nicht vorgenommener Dokumentation der Parameter gekommen ist. Hinsichtlich der fehlenden Werte möchten wir Sie daher bitten, auch die Dokumentation der Benchmarkdaten möglichst vollständig vorzunehmen und als genauso verbindlich zu bewerten, wie die Dokumentation der Auffälligkeitsdaten.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Jasmine Schmitt unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 48
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 43 48
E-Mail Jasmine.Schmitt@kvb.de

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

Mit Einführung des neuen Vordrucks Muster 1 für den Zeitraum der Entgelt- und Krankengeldzahlung, wurde auch die Angabe der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit neu geregelt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 6 62 03
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

Gemäß der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) soll die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat bescheinigt werden. Daher ist es nach Einführung des neuen Musters 1 auch für den Zeitraum der Krankengeldzahlung erforderlich, dass sich der Versicherte nach der bescheinigten AU-Dauer „voraussichtlich AU bis“ – also nach zwei Wochen beziehungsweise einem Monat – spätestens am folgenden Werktag die AU erneut ärztlich bestätigen lässt. Ansonsten droht der Verlust des Krankengeldanspruchs. Weiter kann dies in speziellen Fällen (Arbeitslosigkeit) auch zum Verlust der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Auf die Folgen einer nicht fortlaufend bestätigten AU wird der Patient durch den Durchschlag für den Versicherten (Muster 1c) hingewiesen. Kann zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bereits eingeschätzt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des bescheinigten Zeitraums enden wird oder tatsächlich geendet hat, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Endbescheinigung zu kennzeichnen.

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 Kleinstgruppen, individuelle Fallsimulation

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

Termine Modul I:

- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
KVB Augsburg

Modul II

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

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

Termine Modul II:

- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

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

Termine Modul III:

- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul)

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

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

Termine Modul IV:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

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

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

Termine Modul V:

- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im Bereitschafts- dienst 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, ereignen sich immer wieder schwierige Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

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

Themenschwerpunkte

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

Notfalltraining für das Praxisteam

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen Reanimation bei Erwachsenen

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7
Teilnahmegebühr: 95,- Euro
(je Teilnehmer)

Termine

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

- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Seminare

Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJPsychiater

Abrechnungsworkshop - Operateure und Belegärzte

Abrechnungsworkshop - Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Datenschutz in der Praxis

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Erste Basics für MFA Orthopäden, Reha

Fortbildung für die psychoonkologischen DMP-Praxen

Gründer-/Abgeberforum - Psychotherapeuten

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Hautkrebsscreening

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ?

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Vereinbarkeit Praxis und Familie - wie kann das funktionieren?

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Juli 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Ärztinnen, die sich für eine Niederlassung interessieren	kostenfrei	12. Juli 2016	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
		29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
		29. Juni 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		20. Juli 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Juni 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	220,- Euro	24. Juni 2016	13.00 bis 19.30 Uhr	München
		25. Juni 2016	9.00 bis 19.00 Uhr	
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	23. Juli 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Juni 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		29. Juni 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		27. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	160,- Euro	9. Juli 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte und Psychotherapeuten die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	27. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. Juli 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juni 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
		2. Juli 2016	10.00 bis 15.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		20. Juli 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	9. Juli 2016	10.00 bis 14.00 Uhr	München

