

KVBIINFOS 10|17

ABRECHNUNG

- 146 Die nächsten Zahlungstermine
- 146 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017
- 148 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 149 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2017
- 157 Laborquote „Q“ für das vierte Quartal 2017
- 158 Richtlinien vertragsärztliche Versorgung – Thulium-Laserresektion
- 158 ASV – Neuaufnahme und Änderungen von Gebührenordnungspositionen

VERORDNUNG

- 159 Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig
- 160 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 160 Neue Generika und Biosimilars
- 161 Arzneimittelpreisverordnung: Rezepturarztneimittel
- 161 Parenterale Ernährung – Angebot der Firma CARENOBLE
- 161 Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall
- 162 Soziotherapie: Neue Muster 26 und 28

QUALITÄT

- 162 Neuer Wirksamkeitsbereich „begrenzt viruzid PLUS“

IT IN DER PRAXIS

- 164 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

ALLGEMEINES

- 165 Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte
- 165 Anpassung der Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsunterlagen

SEMINARE

- 166 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 167 Seminar des Monats für Hausärzte
- 168 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2017
Abschlagszahlung September 2017

30. Oktober 2017
Restzahlung 2/2017

10. November 2017
Abschlagszahlung Oktober 2017

11. Dezember 2017
Abschlagszahlung November 2017

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2017

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2017 bis spätestens **Dienstag, den 10. Oktober 2017**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

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

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

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

Sammelerklärung

In Zusammenhang mit der Einreichung/Übermittlung der Online-Abrechnung wird Ihnen 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 beigelegt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiter-

hin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, „einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs zu veröffentlichen“ (Paragraf 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V). Mit der nachfolgenden Veröffentlichung kommt die KVB diesem Gesetzauftrag nach.

Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KVB gemäß Paragraf 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V

Grundsätze des HVM der KVB

Verständlichkeit

Die Honorarverteilung basiert schwerpunktmäßig auf einer Obergrenzen-Systematik. Bis zu dieser Obergrenze erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung, bei Überschreitung der Obergrenze erfolgt eine abgestufte Vergütung. Die Obergrenze selbst ergibt sich dabei grundsätzlich aus dem Produkt der aktuell vom Arzt im Quartal abgerechneten Fallzahl multipliziert mit – bereits vor Jahresbeginn mitgeteilten – kalkulatorischen Fallwerten für Regelleistungsvolumen (RLV) und für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

Für jedes Mitglied der KVB sollen die Maßnahmen und Methoden des HVM transparent und klar dargestellt werden. Dies geschieht durch die entsprechenden Veröffentlichungen des HVM, flankiert von weiteren Maßnahmen wie Rundschreiben, Informationsbroschüren und einem jeweils aktualisierten Internetauftritt zum Thema Honorar.

Verteilungsgerechtigkeit

Um die einzelnen Fachgruppen vor einer Dynamik in anderen Fachgruppen zu schützen, sieht der HVM feste Fachgruppentöpfe vor. Innerhalb dieser Fachgruppentöpfe sind – je nach Situation und speziellen Bedürfnissen der einzelnen Fachgruppen – fachgruppenspezifische Besonderheiten und auf die jeweilige Fachgruppe zugeschnittene QZV beziehungsweise innerhalb der Fachgruppe zu fördernde Leistungen vorgesehen. In Fällen, in denen darüber hinaus praxisindividuelle Besonderheiten vorliegen, bestehen entsprechende Antragsmöglichkeiten.

Rechtssicherheit

Der HVM beachtet in seiner Gestaltung die gesetzlichen Vorgaben und die entsprechende Rechtsfortbildung im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Kalkulationssicherheit

Die kalkulatorischen Jahresfallwerte können – je nach Abrechnungsergebnis in der Fachgruppe – im jeweiligen Abrechnungsquartal nur bis auf eine garantierte, fest definierte Untergrenze abgesenkt werden. Bei den RLV-Fallwerten liegt diese Grenze bei 95 Prozent, bei den QZV-Fallwerten bei 85 Prozent. Damit kann ein Arzt im Grunde bereits zu Beginn des Quartals seine Obergrenze „hochrechnen“ und entsprechend kalkulieren. Gleiches gilt für Leistungen, die über Leistungstöpfe vergütet werden. Auch hier gibt es – bis auf wenige Ausnahmen – eine Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent.

Versorgungsziele des HVM der KVB

Aus diesen Grundsätzen und unter Berücksichtigung der bayerischen

Versorgungslandschaft ist das Versorgungsziel des HVM der KVB die bestmögliche ambulante Versorgung der Patienten bei gleichmäßigen Versorgungsbedingungen im Flächenland Bayern nach Maßgabe des rechtlichen Rahmens, insbesondere unter den Bedingungen eines gesetzlichen Budgets und unter Beachtung der Vorgaben der Rechtsprechung zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Aus diesem Versorgungsziel leiten sich die folgenden weiteren Ziele ab:

Planungssicherheit

Der HVM soll zur Sicherung einer stabilen Patientenversorgung eine angemessene Vergütung und eine verlässliche wirtschaftliche Planbarkeit für die Praxen gewährleisten.

Direkter Bezug zur Leistung/Kausalität in der Leistungserbringung
Durch Anknüpfung an die aktuelle Fallzahl verfolgt der HVM das Ziel der Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens.

Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Gesetzliche Aufgabe und damit auch Ziel der Honorarverteilung ist es, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit zu verhindern. Als Beispiele seien hier neben der grundsätzlichen Zuteilung einer Obergrenze die Maßnahmen der Fallzahlzuwachs-begrenzung und Fallwertminderung genannt.

Maßnahmen in Bezug zum Sicherstellungsauftrag/(drohende) Unterversorgung

Der HVM berücksichtigt die besondere Situation von Ärzten, die in unterversorgten beziehungsweise in drohend unterversorgten Gebieten tätig sind und setzt in diesen Fällen Mengengrenzungsregelungen mit Bezug zur Fallzahl für die im betrof-

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2017

fenen Planungsbereich erbrachten Fälle automatisch aus. Ärzte in angrenzenden Planungsbereichen, die die Patientenversorgung aufrechterhalten, können einen Antrag auf Ausnahme von Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen stellen. Durch diese Maßnahmen soll möglichen Versorgungsengpässen in strukturschwachen Gebieten Rechnung getragen werden.

Berücksichtigung besonderer Konstellationen/Berücksichtigung eines besonderen Versorgungsbedarfs

Besondere Praxiskonstellationen werden im HVM entsprechend berücksichtigt. Die grundsätzliche Bezugnahme auf die aktuelle Fallzahl unterstützt zum Beispiel Praxen in der Aufbauphase und erleichtert den Wiedereinstieg in die Praxistätigkeit. Auch außerhalb von (drohend) unterversorgten Planungsbereichen trägt der HVM besonderen regionalen Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen Rechnung durch eine individuelle Antragsmöglichkeit auf Anpassung der Obergrenze.

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 392., 393., 397. und 398. Sitzung Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Neue Abrechnungssystematik bei Herzschrittmachersystemen

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden die bisherigen Leistungen für die konventionelle und telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) differenziert und als eigenständige Gebührenordnungspositionen abgebildet. Hierfür werden im Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen für die konventionelle Funktionsanalyse und zwei neue Gebührenordnungspositionen für die telemedizinische Funktionsanalyse aufgenommen.

Kinderärzte				
Art der Funktionsanalyse	alte GOP (bis 30. September 2017)		neue GOP (ab 1. Oktober 2017)	
	GOP	Bewertung	GOP	Bewertung
konventionell	04418 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511 Punkte/ 53,81 €	04411 (Herzschrittmacher)	347 Punkte/ 36,54 €
			04413 (Kardioverter/Defibrillator)	641 Punkte/ 67,50 €
			04415 (CRT-P/ CRT-D)	789 Punkte/ 83,08 €
telemedizinisch	04417 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511 Punkte/ 53,81 €	04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641 Punkte/ 67,50 €
			04416 (CRT-P/ CRT-D)	789 Punkte/ 83,08 €

Fachärztlich tätige Internisten				
Art der Funktionsanalyse	alte GOP (bis 30. September 2017)		neue GOP (ab 1. Oktober 2017)	
	GOP	Bewertung	GOP	Bewertung
konventionell	13552 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279 Punkte/ 29,38 €	13571 (Herzschrittmacher)	189 Punkte/ 19,90 €
			13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350 Punkte/ 36,86 €
			13575 (CRT-P/ CRT-D)	431 Punkte/ 45,38 €
telemedizinisch	13554 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279 Punkte/ 29,38 €	13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350 Punkte/ 36,86 €
			13576 (CRT-P/ CRT-D)	431 Punkte/ 45,38 €

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 werden mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen und können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet werden.

Eine tabellarische Übersicht über die neuen Gebührenordnungspositionen mit ihren geänderten Punkt- und Eurowerten sowie den allgemeinen Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Form*.

Bitte beachten Sie, dass alle neuen Gebührenordnungspositionen bis 31. Dezember 2017 nur mit einer erteilten Genehmigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V berechnungsfähig sind. Die bereits erteilten Genehmigungen

behalten ihre Gültigkeit. Voraussichtlich muss ab 1. Januar 2018 für die Berechnung der Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern/Defibrillatoren oder Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie eine Genehmigung nach einer noch einzuführenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern/Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V beantragt werden. Wir werden Sie dazu zu gegebener Zeit noch informieren.

Substitution: Vergütung des Konsiliariusverfahrens und der Take-Home-Vergabe ab 1. Oktober 2017

Die Versorgung von opiatabhängigen Patienten ist für substituierende Ärzte in besonderen Fällen mit einem hohen Aufwand verbunden.

Um diesen Aufwand besser zu vergüten, hat der Bewertungsausschuss in seiner 397. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 die folgenden Änderungen im Abschnitt 1.8 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen:

- Künftig kann die Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950 auch im Rahmen von Hausbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 erfolgen, wenn eine nachgewiesene chronische Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrads) vorliegt, die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt. Die Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01950 wurde entsprechend geändert.
- Zur Abbildung des Mehraufwands für die Take-Home-Vergabe und das Konsiliariusverfahren werden neue Gebührenordnungspositionen aufgenommen.

NEU: GOP 01949 – Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß Paragraph 5 Absatz 9 BtMVV

EBM-Bewertung	69 Punkte
Preis B€GO	7,27 Euro

- berechnungsfähig für alle Ärzte mit einer Genehmigung zur Substitutionsbehandlung
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt obligat
- je Behandlungstag, aber höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig
- in der Behandlungswoche neben der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition

01950 nur mit medizinischer Begründung (FK 5009) berechnungsfähig

- Die Zuschläge nach der Gebührenordnungsposition 01951 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember und nach der Gebührenordnungsposition 01952 für das therapeutische Gespräch können zusätzlich berechnet werden.
- Es gelten die gleichen Abrechnungsausschlüsse wie bei der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950:
 - im selben Behandlungsfall neben Hausbesuchen (GOP 01410, 01413) berechnungsfähig, wenn entweder eine chronische Pflegebedürftigkeit nachgewiesen ist (Vorliegen eines Pflegegrads), die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt, oder wenn der Patient aufgrund einer nicht im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Erkrankung außerhalb der Arztpraxis behandelt werden muss
 - neben dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412, 01415), Visiten (GOP 01414), der Überprüfung der Notwendigkeit/Koordination häusliche Krankenpflege (GOP 01420), dem Verwaltungskomplex (GOP 01430) und der Verweilgebühr (GOP 01440) nur dann im selben Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient wegen einer anderen Erkrankung als der bestehenden Substitutionsbehandlung außerhalb der Arztpraxis behandelt werden muss
 - in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen der un-

vorhergesehenen Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102), den Notfallpauschalen (GOP 01205 bis 01218) sowie dem Besuch im organisierten Notdienst (GOP 01418) berechnungsfähig

- am selben Behandlungstag nicht neben der Substitutionsbehandlung nach Gebührenordnungsposition 01950 und der Diamorphin-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (GOP 01955 einschließlich Zuschlag nach GOP 01956) berechnungsfähig

NEU: GOP 01960 – Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens gemäß Paragraf 5 Absatz 4 BtMVV

EBM-Bewertung 90 Punkte
Preis B€GO 9,48 Euro

- berechnungsfähig nur für suchtmedinisch qualifizierte Ärzte mit einer Genehmigung zur Substitutionsbehandlung (das heißt, nicht berechnungsfähig für Ärzte ohne suchtmedinische Qualifikation, die im Rahmen einer Genehmigung im Konsiliarverfahren höchstens drei beziehungsweise zehn Patienten substituieren dürfen und die Behandlung mit dem Konsiliarier abstimmen müssen)
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit einer Dauer von mindestens zehn Minuten obligat
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen berechnungsfähig
- am selben Behandlungstag nicht neben anderen Substitutionsleistungen des Abschnitts 1.8 berechnungsfähig

Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01949 und 01960 werden entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet.

Neue Leistungen der Palliativmedizin ab 1. Oktober 2017

Nach dem Hospiz- und Palliativgesetz (Paragraf 87 Absatz 1b des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs, SGB V) wurden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen beauftragt, die allgemeine ambulante Palliativversorgung auszubauen und ein entsprechendes Versorgungsangebot in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Daraufhin haben die KBV und der GKV-Spitzenverband zu Beginn des Jahres im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung vereinbart (Anlage 30 zum BMV-Ä). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 nunmehr die Vergütung für die neuen Leistungen festgelegt.

Insgesamt werden zum 1. Oktober 2017 acht neue Gebührenordnungspositionen in einen neuen Abschnitt 37.3 in das Kapitel 37 des EBM aufgenommen, die teils an unterschiedliche Abrechnungsvoraussetzungen gebunden sind.

Generell gilt: Die neuen Leistungen sind nur bei schwerstkranken und sterbenden Patienten berechnungsfähig, bei denen die Kriterien gemäß Paragraf 2 der Anlage 30 zum

BMV-Ä vorliegen und die nach Kenntnis des Arztes nicht gleichzeitig Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV – erhalten.

Gebührenordnungspositionen, die nur mit Genehmigung der KVB berechnungsfähig sind:

1. Genehmigungsvoraussetzungen (entsprechend der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach Paragraf 87 Absatz 1b SGB V – Anlage)

Das Antragsformular finden Sie unter www.kvb.de unter *Service/Formulare und Anträge/Formulare mit „P“*.

Nachzuweisen/zu bestätigen sind:

- Anwendung der Leitlinien (zum Beispiel S3-Leitlinie Palliativmedizin)
- Regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen (acht Fortbildungspunkte/Jahr)*
- Verfügung über gültige BTM-Rezepte gemäß Betäubungsmittelverordnung*
- interdisziplinäre Zusammenarbeit und Übernahme der Aufgaben entsprechend der Anlage 30 BMV-Ä (zum Beispiel Erstellung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen Therapieplans)
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (Ärzten) und die Gewährleistung* der:
 - Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während stundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
 - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch

- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen
- Praktische Erfahrungen:
 - mindestens zweiwöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team* oder
 - Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre
- Theoretische Kenntnisse:
 - Teilnahme an einer Kurs-Weiterbildung der Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch „Palliativmedizin der Bundesärztekammer“ (40 Stunden)* oder
 - Teilnahme an der strukturierten curricularen Fortbildung: „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und der Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) und zusätzliche Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ (Symptomkontrolle – 20 Stunden) der Kurs-Weiterbildung „Palliativmedizin“* oder
 - Zusatzqualifikation: „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) plus die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung „Psychoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“, insgesamt 18 Stunden*

Alle mit * gekennzeichneten Voraussetzungen sind durch Nachweise (in Kopie) sowie die Urkunden der Ärztekammer (im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie) dem Antrag beizulegen.

2. Neue Gebührenordnungspositionen

GOP 37300 – Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungspläne gemäß Paragraf 5 Absatz 1 Anlage 30 zum BMV-Ä

EBM-Bewertung	392 Punkte
Preis €/GO	41,28 €

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im Krankheitsfall nicht neben der haus- und kinderärztlichen palliativmedizinischen Ersterhebung nach den Gebührenordnungspositionen 03370 und 04370 berechnungsfähig

GOP 37302 – Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Paragraf 4 Absatz 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä

EBM-Bewertung	275 Punkte
Preis €/GO	28,96 €

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Im Behandlungsfall nicht neben dem haus- und kinderärztlichen Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung nach den Gebührenordnungspositionen 03371 und 04371 sowie den Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen des Abschnitts 37.2 EBM berechnungsfähig.

* Häuslichkeit umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen, beschützende Wohnheime und Einrichtungen.

Weitere Abrechnungsvoraussetzungen für die GOP 37300 und 37302:

- Die Gebührenordnungspositionen 37300 und 37302 sind jeweils nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnungsfähig.
- Die Gebührenordnungspositionen 37300 und 37302 sind in derselben Sitzung nicht neben den haus- und kinderärztlichen Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 beziehungsweise 04220, den Gesprächsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03230 beziehungsweise 04230, dem hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sowie den Beratungsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

GOP 37317 – Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Vertragsarztes in kritischen Phasen

EBM-Bewertung 1.425 Punkte
Preis B€GO 150,05 €

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig bei Vorhalten der telefonischen Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeit, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, 24. und 31. Dezember in Abstimmung mit dem Arzt und dem Patienten und/oder Angehörigen (gegebenenfalls weiterer Beteiligter)

GOP 37318 – Telefonische Beratung von mindestens fünf Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19.00 und 7.00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember

EBM-Bewertung 213 Punkte
Preis B€GO 22,43 €

- je Telefonat mit dem Pflegepersonal, Ärztlichen Bereitschaftsdienst, Angehörigen des Patienten oder dem Krankenhaus berechnungsfähig
- im Behandlungsfall höchstens siebenmal berechnungsfähig
- neben Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig

Gebührenordnungspositionen, die ohne Genehmigung von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzten abgerechnet werden können:

GOP 37305 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit*

EBM-Bewertung 124 Punkte
Preis B€GO 13,06 €

- je vollendete 15 Minuten Dauer berechnungsfähig
- am Behandlungstag höchstens sechsmal berechnungsfähig (Höchstwert: 744 Punkte)
- in derselben Sitzung nicht neben dem Zuschlag für dringende Besuche nach Gebührenordnungsposition 37306 berechnungsfähig

GOP 37306 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit*

EBM-Bewertung 124 Punkte
Preis B€GO 13,06 €

- je Besuch berechnungsfähig
- für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben den Leistungen für die unvorhergesehenen Inanspruchnahmen beziehungsweise die Inanspruchnahme an Samstagen nach den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, den Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01210, 01214, 01216, 01218 sowie dem Zuschlag für den Besuch und Mitbesuch nach Gebührenordnungsposition 37305 berechnungsfähig

** Häuslichkeit umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen, beschützende Wohnheime und Einrichtungen.*

Weitere Abrechnungsvoraussetzungen für die GOP 37305 und 37306:

- Die Zuschlagsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 sind in derselben Sitzung nicht neben den haus- und kinderärztlichen Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 und 04220, den Gesprächsleistungen nach den Ge-

bührenordnungspositionen 03230 und 04230, dem hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362, den haus- und kinderärztlichen Zuschlagsleistungen für die palliativmedizinische Betreuung nach den Gebührenordnungspositionen 03371 bis 03373 und 04371 bis 04373 sowie der Fallkonferenz nach Gebührenordnungsposition 37314 berechnungsfähig.

- Die Zuschlagsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 sind im Behandlungsfall nicht neben den Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Abschnitt 37.2 des EBM berechnungsfähig.

GOP 37320 – Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

EBM-Bewertung 64 Punkte
Preis B€GO 6,74 €

- von jedem teilnehmenden Vertragsarzt bis zu fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- auch bei telefonischer Fallkonferenz berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 30706 sowie den Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Abschnitt 37.2 des EBM berechnungsfähig

Gebührenordnungsposition, die nur von einem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin berechnet werden kann:

GOP 37314 – Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen kon-

siliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

EBM-Bewertung 106 Punkte
Preis B€GO 11,16 €

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- im selben Arztfall nicht neben einer Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale berechnungsfähig

Die Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung finden Sie als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge.

Epilation mittels Lasertechnik als neue Leistung ab 1. Oktober 2017

Ab dem 1. Oktober 2017 kann die Epilation mittels Lasertechnik im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus als vertragsärztliche Leistung über den EBM abgerechnet werden. Hierzu werden vier neue Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 2.3 des EBM (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) aufgenommen:

Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals:

- **GOP 02325** (88 Punkte, 9,27 €)
– erste fünf Minuten Dauer, einmal am Behandlungstag
- **GOP 02327** (70 Punkte, 7,37 €)
– Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02325 je weitere

vollendete fünf Minuten, maximal dreimal am Behandlungstag

Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen:

- **GOP 02326** (88 Punkte, 9,27 €)
– erste fünf Minuten Dauer, einmal am Behandlungstag
- **GOP 02328** (70 Punkte, 7,37 €)
– Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02326 je weitere vollendete fünf Minuten, maximal dreimal am Behandlungstag

Bei der Abrechnung der neuen Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- berechnungsfähig von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- nicht berechnungsfähig bei einer Epilation mittels hochenergetischen Blitzlampen (IPL-Technologie)
- Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind für die Epilation im Gesicht/am Hals in Summe höchstens viermal am Behandlungstag (20 Minuten) und in Summe höchstens 32-mal im Krankheitsfall (160 Minuten) berechnungsfähig. Gleiches gilt für die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 für die Epilation an einer Hand/den Händen.
- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt die metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie voraus. Sofern die Therapie nicht abgeschlossen werden kann, ist die Fotodokumentation zu Beginn der Therapie ausreichend.

- Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 setzt eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Über das Prozedere, wie der behandelnde Arzt hiervon Kenntnis erlangt, wird derzeit auf Bundesebene abgestimmt. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses waren uns hierzu noch keine Informationen bekannt. Sobald uns solche vorliegen, werden wir Sie unverzüglich informieren.
- Lokalanästhesien und Verbände sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326.
- in derselben Sitzung nicht neben dem kleinchirurgischen Eingriffen I nach den Gebührenordnungspositionen 02300 und 10340 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der Behandlung mit Lokalanästhetika nach der Gebührenordnungsposition 02360 berechnungsfähig

Änderung des Überweisungsverbahalts beim weiterführenden geriatrischen Assessment ab 1. Oktober 2017 und ergänzende Abrechnungshinweise

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung wurde zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen (Abschnitt 30.13). Bislang konnte das weiterführende geriatrische Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 nur in den Fällen durchgeführt werden, in

denen der spezialisierte geriatrische Vertragsarzt auf Überweisung eines Hausarztes – beziehungsweise im Ausnahmefall von bestimmten Fachärzten in Kooperation mit einem Hausarzt – in Anspruch genommen wurde. Diesen Überweisungsvorbehalt hat der Bewertungsausschuss nun **mit Wirkung zum 1. Oktober 2017** für die folgenden Konstellationen aufgehoben:

- In **Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren**, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Hausarzt tätig ist, kann das weiterführende geriatrische Assessment (GOP 30984) vom Geriater auch **ohne Überweisung** durchgeführt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass zuvor ein hausärztliches geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) erfolgt ist, aus dem sich die Notwendigkeit für ein weiterführendes Assessment ergeben hat. Da der Aufwand für die Abstimmung innerhalb eines MVZ oder einer BAG geringer ist, wird in diesen Fällen ein Abschlag in Höhe von 50 Prozent auf die Gebührenordnungspositionen der Vorabklärung (GOP 30980 und 30981) vorgenommen.
- Geriatrisch spezialisierte Hausärzte können für ihre Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen und die Gebührenordnungsposition 30984 abrechnen. Eine Überweisung eines anderen Hausarztes ist nicht mehr notwendig. Voraussetzung für die Abrechnung ist jedoch, dass ihm ein anderer geriatrisch spezialisierter Arzt (formlos) bescheinigt, dass das Assessment erforderlich ist. Die Bescheinigung ist nicht mit der Abrechnung bei der KVB einzu-

reichen, kann aber gegebenenfalls zu Prüfzwecken angefordert werden. Der mitbeurteilende Arzt kann hierfür die Gebührenordnungsposition 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) abrechnen. Die Mitbeurteilung kann sowohl nach Aktenlage, als auch im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten vorgenommen werden.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 397. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Ergänzende Abrechnungshinweise zu den Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung:

- **Patient muss geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen**
Die Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung können nur für Patienten abgerechnet werden, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen. Die Kriterien hierfür sind in der Präambel zum EBM-Abschnitt 30.13 abschließend geregelt.

So muss der Patient mindestens 70 Jahre alt sein und er muss wenigstens zwei der in Nr. 4 der

Präambel genannten geriatrischen Syndrome aufweisen oder eines dieser Syndrome in Kombination mit einem Pflegegrad.

Darüber hinaus muss längstens ein Quartal zuvor ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt worden sein.

- **Patientenorientierte Vorabklärung bedingt Absprache zwischen Hausarzt und Geriater**
Vor einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik muss zunächst im Rahmen einer konsiliarischen Beratung zwischen dem überweisenden Vertragsarzt und der spezialisierten geriatrischen Praxis geklärt werden, ob ein geriatrischer Patient hierfür überhaupt geeignet ist.

Für den Geriater findet diese Abklärung ohne Patientenkontakt statt. Sie kann auch Fall abschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen. Für diese gemeinsame Abklärung im Vorfeld können Hausärzte die Gebührenordnungsposition 30980 abrechnen, Geriater die Gebührenordnungsposition 30981.

- **GOP 30988 erst nach Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik berechnungsfähig**
Nach einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik erfolgt die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen durch den Hausarzt entsprechend dem vom Geriater erstellten Behandlungsplan. Die Gebührenordnungsposition 30988 (Zuschlag zum hausärztlich-geriatrischen

Betreuungskomplex nach den Gebührenordnungspositionen 03362 beziehungsweise zu den Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung nach den Gebührenordnungspositionen 16230, 16231, 21230 und 21231) kann somit erst im Anschluss an eine spezialisierte geriatrische Diagnostik abgerechnet werden. Das weiterführende geriatrische Assessment darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.

Weitere Änderungen des EBM

Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Abschnitt 37.2 des EBM):

Erweiterung des Abrechnerkreises
Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 können auch **Vertragsärzte mit Genehmigung der KVB gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie** die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 berechnen. Der Bewertungsausschuss beschloss in seiner 398. Sitzung hierzu eine entsprechende Änderung der Präambel 37.1 Nr. 1 des EBM sowie die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 37100 bis 37120 in die Präambel 5.1 Nr. 4 des EBM.

Nähere Informationen über die entsprechenden Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/P/Pflegeheimversorgung*.

Hyposensibilisierungsbehandlung neben ambulanten Operationen berechnungsfähig

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 398. Sitzung die Präambel 31.2.1 Nr. 8 des EBM um die Leistungen des Abschnitts

30.1.3 (Hyposensibilisierungsbehandlung) erweitert. Ab 1. Oktober 2017 können demnach die Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, neben der ambulanten Operation berechnet werden.

Dokumentation der Herzkatheteruntersuchung nach GOP 34291 ab 1. Juli 2017 verpflichtend

Seit dem 1. Juli 2017 ist die Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie nach der Gebührenordnungsposition 34291 nur berechnungsfähig, wenn Sie die verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Dokumentation, Datenerfassung/-übermittlung sowie das Aufklärungsgespräch) nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erfüllen. Die Übergangsregelung endete zum 30. Juni 2017. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 wird daher die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 gestrichen.

Nähere Informationen zur Datenerhebung, -übertragung, und -verarbeitung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention (PCI) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/PCI und Koronarangiographie*.

Kostenpauschale 40306 zukünftig auch belegärztlich berechnungsfähig

Die Kostenpauschale 40306 in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 ist ab 1. Oktober 2017 auch in beleg-

Laborquote „Q“ für das vierte Quartal 2017

ärztlichen Behandlungsfällen berechnungsfähig. Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 398. Sitzung die Präambel 40.1 Nr. 3 des EBM entsprechend geändert.

Erinnerung: Guajak-basierter Nachweis von occultem Blut im Stuhl ab 1. Oktober 2017 nicht mehr berechnungsfähig

Bitte denken Sie daran, dass die Übergangsfrist für die Berechnung des Guajak-basierten Tests (gFOBT) nach der Gebührenordnungsposition 32040 sowie für die Berechnung der Kostenpauschale 40150 für ausgegebene, aber nicht zurückerhaltene Testbriefe zum 30. September 2017 endet und die Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 gestrichen werden (siehe KVB INFOS 5/2017, Seite 72). Die Anmerkung der Gebührenordnungsposition 40152 wurde im Zuge der Streichung entsprechend angepasst.

Anhang 3

In Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise der Änderungen von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten in Anhang 3 zum EBM ergänzt beziehungsweise angepasst. Die neuen Gebührenordnungspositionen 02325 bis 02328, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 13571, 13573, 13574, 13575 und 13576 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet.

Vergütung

Die neuen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 des EBM für die allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung sollen laut Empfehlung des Bewer-

tungsausschusses extrabudgetär vergütet werden. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01949 und 01960 werden entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses extrabudgetär vergütet.

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

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

Für das vierte Quartal 2017 beträgt die Abstufungsquote „Q“ 91,58 Prozent.

Die jeweils geltenden Quoten veröffentlichen wir nach Bekanntgabe durch die KBV unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.17/Labor*.

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

Richtlinien vertragsärztliche Versorgung – Thulium-Laserresektion

Patienten, die an einem benignen Prostatasyndrom (BPS) leiden, können künftig mittels Thulium-Laserresektion (TmLRP) auch ambulant zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Aufnahme dieser Behandlungsmethode in die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ beschlossen. Diese Änderung trat zum 30. August 2017 in Kraft.

Das Verfahren kann laut Richtlinie alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata, zur Holmium-Laserresektion und zur Holmium-Laserenukleation eingesetzt werden. Die TmLRP darf nur von Fachärzten für Urologie erbracht werden, die über nachgewiesene Erfahrungen mit der Methode und eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Für die Anwendung sind eine intensivmedizinische Notfallversorgung und eine Nachbeobachtung zu gewährleisten.

Aufnahme einer Gebührenordnungsposition in den EBM steht noch aus

Eine Aufnahme dieser neuen Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist bislang noch nicht erfolgt. Eine Abrechnung der Untersuchung als Sachleistung über Chipkarte ist deshalb derzeit noch nicht möglich. **Erst wenn der Bewertungsausschuss über die Höhe der Vergütung entschieden hat, kann sie von Patienten als abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen werden.** Wir informieren Sie, sobald die Aufnahme in den EBM erfolgt.

Sie finden den Beschluss sowie die geänderten Richtlinien auf der Internetseite des Gemeinsamen Bun-

desausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Beschlüsse.

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

ASV – Neuaufnahme und Änderungen von GOP

Für die Indikationen giT, TBC, gynT, ZF, Marfan-Syndrom und PH wurde der Appendix überarbeitet. Dazu traten zum 8. Juni und 1. Juli 2017 Beschlüsse in Kraft, die Fachgruppenänderungen, Beendigungen und Neuaufnahmen von Gebührenordnungspositionen nach sich ziehen.

1. Änderung von Gebührenordnungspositionen des Appendix Abschnitt 1 der Erkrankungs- und Leistungsschlüssel 1A0100 „onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“

1.1 Änderung der Fachgruppe zur Gebührenordnungsposition 11230

Statt wie bisher dürfen auf Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte (anders als bisher „Humangenetiker“ und „Laboratoriumsmediziner“) seit dem 8. Juni 2017 nur noch „Humangenetiker“ die GOP „Humangenetische Beurteilung“ ansetzen.

1.2 Beendigung und Neuaufnahme von Gebührenordnungspositionen

Zum 8. Juni 2017 verlieren die folgenden GOPen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Abschnitt 1 ihre Gültigkeit und sind daher ab diesem Stichtag nicht mehr abrechnungsfähig: GOP 11320, GOP 11321, GOP 11322, GOP 11430, GOP 11433, GOP 11434. Dies betrifft die Ebene der hinzuzuziehenden Fachärzte, respektive die Fachgruppen „Humangenetik“, „Laboratoriumsmedizin“ und „Pathologie“. Neu für diese genannten Fachgruppen sind dafür ab

Mischpreisbildung rechtswidrig

8. Juni 2017 folgende GOPen ansetzbar: GOP 11301, GOP 11302, GOP 11303, GOP 11304, GOP 11449, GOP 11512, GOP 11513, GOP 11518, GOP 19401, GOP 19402, GOP 19403, GOP 19404, GOP 19410, GOP 19411, GOP 19421, GOP 19424, GOP 19426, GOP 19451, GOP 19453, GOP 19456, GOP 40584

2. Beschluss zur Änderung einer abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition zu den Anlagen 1.1a), 2b), 2k), 2l) pulmonale Hypertonie der ASV-Richtlinie

Die Regelungen traten mit Wirkung zum 1. Juli 2017 in Kraft. Mit dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 19. Sitzung wurden die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen

1.1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastro-intestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1.1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

2b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)

2k) Marfan-Syndrom

2l) pulmonale Hypertonie der ASV-Richtlinie wie folgt angepasst: Statt der bis zum 30. Juni 2017 im Abschnitt 35.3 ansetzbaren GOP 35300 für standardisierte Testverfahren ist – um Streichungen zu vermeiden – ab dem 1. Juli 2017 die GOP 35600 anzusetzen.

3. Beschluss zur Neuaufnahme einer abrechnungsfähigen Gebührenordnungsposition für die Indikation „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“

Zum 8. Juni wurde die Leistung „Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32246 und 32248 – Magnesium“ in den Abschnitt der Indikation „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ (Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel: 2A0100) neu aufgenommen.

Ansetzbar ist diese unter der GOP 32248 zu 1,40 Euro für die Fachgruppen 49 (Gebiet der Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie) und die Fachgruppen 48 (Gebiet Laboratoriumsmedizin).

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

In unserer Verordnung Aktuell „Frühe Nutzenbewertung: Mischpreisbildung rechtswidrig“ vom 12. April 2017 informierten wir Sie über die Entscheidung des Eilverfahrens des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg. Gegenstand der Entscheidung war der Erstattungsbetrag für das nutzenbewertete Arzneimittel Eperzan® (Albiglutid) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 mit mehreren Patientengruppen. Der GKV-Spitzenverband hatte gegen das Ergebnis der Festsetzung des Erstattungsbetrags durch die Schiedsstelle vor dem LSG Berlin-Brandenburg geklagt. Im Eilverfahren hat das LSG den Erstattungsbetrag aufgehoben.

Die Entscheidung im nun abgeschlossenen Hauptsacheverfahren wird im Wesentlichen wie folgt begründet: Der Schiedsspruch sei rechts-widrig, weil er an einem Begründungs-mangel leide. Grundsätzlich sei von Schiedssprüchen auf der Grundlage von Paragraph 130b SGB V zu fordern, dass sie den der Bildung des Erstat-tungsbetrags zugrunde liegenden Rechenweg nachvollziehbar und transparent aufzeigen. Dies sei im vorliegenden Fall nicht erfolgt. In Hinblick auf die Mischpreise hält das LSG seine rechtlichen Beden-ken im Ergebnis aufrecht

Wegen der grundsätzlichen Bedeu-tung hat das LSG eine Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse (Anlage III):

Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab kann seit 29. Juni 2017 auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“, „Kinder-Nephrologie“ oder dem Schwerpunkt „Kinder-Kardiologie“ erfolgen. Dies war bislang ausschließlich Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie und an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätigen Fachärzten vorbehalten.

Medizinprodukte (Anlage V)

- Ampuwa® für Spülzwecke – Änderung Befristung und Produktbezeichnung
- Freka-Clyss® – Änderung Befristung
- Hedrin® Once Liquid Gel – Aufnahme
- Klistier Fresenius – Änderung Befristung
- NaCl 0,9% Fresenius Kabi – Änderung Befristung
- Purisole® SM verdünnt – Änderung Befristung
- Ringer Fresenius Spüllösung – Änderung Befristung

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Im zweiten Quartal 2017 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Cabozantinib/Cabometyx® – neues Anwendungsgebiet: fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom
- Elbasvir/Grazoprevir/Zepatier®
- Macitentan/Opsumit® – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der 50 Millionen Euro Grenze
- Nivolumab/Opdivo® – Anwendungsgebiet: Hodgkin-Lymphom
- Olaratumab/Lartruvo™
- Palbociclib/Ibrance®
- Venetoclax/Venclyxto®

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Neue Generika und Biosimilars

Um Sie auch außerhalb der Wirkstoffvereinbarung mit Blick auf eine wirtschaftliche Verordnung zu unterstützen, haben wir für Sie die wichtigsten neuen Generika und Biosimilars des letzten Quartals zusammengefasst.

Neue wirtschaftliche Alternativen sind für folgende Originalpräparate verfügbar:

- der antivirale Wirkstoff Entecavir (Baraclude®)
- der antivirale Wirkstoff Tenofoviridisoproxil (Viread®)
- die Biosimilars des Wirkstoffs Rituximab (Mabthera®)

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

Arzneimittelpreisverordnung: Rezepturarzneimittel

Die Herstellungspreise für Rezepturarzneimittel wurden angepasst. Sie erhöhen sich bis zu einer bestimmten Gewichtsgrenze um einen Euro bei der Herstellung von topisch anzuwendenden Rezepturarzneimitteln, Tees, Lösungen, Kapseln, Zäpfchen und Sterilfiltrationen. Zusätzlich wird nun wie bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein Fixzuschlag von 8,35 Euro erhoben. Beides hat grundsätzlich eine Verteuerung der Rezeptur zur Folge. Daher ist in jedem Einzelfall kritisch zu prüfen, ob ein verfügbares Fertigarzneimittel nicht wirtschaftlicher und für die Behandlung ausreichend ist. Wenn kein Fertigarzneimittel verfügbar ist, sollte vorrangig auf eine Rezeptur aus dem Neuen Rezepturformularium (NRF) zurückgegriffen werden.

Bitte bedenken Sie: Das NRF trifft keine Aussage zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, sondern stellt lediglich eine Sammlung wissenschaftlich geprüfter Rezepturen dar, die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Sinne des Arzneimittelgesetzes beschreiben.

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

Parenterale Ernährung – Firma CARENOBLE

Das eingesetzte Softwareprodukt Care-Solution® der oben genannten Firma erzeugt eine Markt- und Kostentransparenz bei parenteralen Ernährungsprodukten. Konkrete Vorschläge zu alternativen Produkten unterstützen Sie bei der Auswahl einer geeigneten und gleichzeitig wirtschaftlichen Ernährungslösung. Zur Gewährleistung des Datenschutzes empfehlen wir Ihnen bei der Benutzung des Softwareprodukts CareSolution® mit Pseudonymen und nicht mit den realen Personenangaben zu arbeiten. Auf diese Weise entstehen keine Sozialdaten. Eine vertragsarztrechtliche Pflicht zur Nutzung des genannten Softwareprodukts besteht allerdings nicht. Sie sind bei der Versorgung mit parenteraler Ernährung – wie bei allen Verordnungen – zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet.

Weitere Informationen zum Thema „parenterale Ernährung“ finden Sie in unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von parenteraler Ernährung“ vom 12. Juni 2017.

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

Tetanusprophylaxe im Verletzungsfall

Im Verletzungsfall soll nach der aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin nicht mehr nur gegen Tetanus geimpft werden, sondern mit einem Kombinationsimpfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (Tdap). In diesem Impfstoff sind somit zwei Komponenten für eine prophylaktische Impfung (Diphtherie/Pertussis) und eine Komponente für die postexpositionelle Impfung (Tetanus) enthalten.

Tetanus-Immunglobulin zur Erstversorgung eines Verletzten ist über Ihren Sprechstundenbedarf zu verordnen, sofern nicht ein Unfallversicherungsträger zuständig ist. Impfungen im Verletzungsfall sind kurative Leistungen und mit der Versicherten-/Grundpauschale abgegolten. Dabei ist es unerheblich, ob der Einzelimpfstoff Tetanus oder der Kombinationsimpfstoff mit Diphtherie und Pertussis geimpft wird.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Nach der aktuellen Spruchpraxis sind prophylaktische Impfungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht abrechenbar und postexpositionelle Impfungen sind mit der Notfallpauschale (GOP 01210) abgegolten. Der Impfstoff wird bei Bedarf auf Sprechstundenbedarf bezogen.

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

Soziotherapie: Neue Muster 26 und 28

Die beiden Muster 26 und 28 wurden zum 1. Oktober 2017 sowohl inhaltlich als auch redaktionell angepasst. Die inhaltlichen Ergänzungen/Änderungen sollen künftig ungerechtfertigte Ablehnungen sowie Anfragen der Krankenkassen vermeiden.

Hier die wesentlichen inhaltlichen Änderungen:

Es gibt keine Übergangsfrist! Die bisher verwendeten Verordnungsmuster dürfen nach dem 30. September 2017 nicht aufgebraucht werden. Bitte bestellen Sie rechtzeitig neue Verordnungsmuster. Die neuen Muster werden auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Verordnung von Soziotherapie (Muster 26)

Es wird ein neues Feld „Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten/Sonstige Einschränkungen“ aufgenommen. Damit wird klargestellt, dass Soziotherapie außerhalb des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen (Regelversorgung) auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Diese Angaben sind Voraussetzung, um für psychische Erkrankungen und Störungen außerhalb der Regelversorgung Soziotherapie verordnen zu können.

Das Feld „Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren“ wird gestrichen. Dadurch entfällt Ihre Recherchepflicht. Auch seit wann die Erkrankung besteht, müssen Sie nur noch eintragen, sofern es Ihnen bekannt ist.

Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie (Muster 28)

Da zukünftig auch Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen (siehe „Verordnung Aktuell“ vom 28. Juni 2017), war auf dem Muster 28 unter „Erklärung des Arztes“ der Psychotherapeut zu ergänzen, sodass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Die Angabe, seit wann die Erkrankung besteht, ist nur nötig, sofern es Ihnen bekannt ist. Da bis zu fünf Therapieeinheiten für die soziotherapeutische Unterstützung der Überweisung abgerechnet werden können (vorher: drei), wurden für die „Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers“ die Felder erweitert.

Auf beiden Mustern wurden Hinweise auf die abrechenbaren EBM-Ziffern aufgenommen.

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

Neuer Wirksamkeitsbereich „begrenzt viruzid PLUS“

In der 2016 aktualisierten Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens wurde für die prophylaktische Händedesinfektion der neue Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ vorgestellt, der im Folgenden näher erläutert wird.

In Deutschland werden seit 2004 Desinfektionsmittel hinsichtlich ihrer Viruswirksamkeit wie folgt eingeteilt:

- **begrenzt viruzid:** Dieser Bereich schließt **nur die behüllten Viren** ein und stellt die Mindestanforderung an ein Desinfektionsmittel dar.
- **viruzid:** Dies umfasst den Bereich der **behüllten und unbehüllten Viren**.

Noro-, Rota- und Adenoviren sind für eine Vielzahl von Infektionsausbrüchen verantwortlich und deshalb auch für die Arztpraxis relevant. Sie gehören zu den unbehüllten Viren mit geringerer Hydrophilie und sind dadurch leichter durch Desinfektionsmittel zu inaktivieren als andere unbehüllte Viren mit einer stärkeren Hydrophilie, wie zum Beispiel Enteroviren.

Aus diesem Grund besteht großes Interesse, eine Wirksamkeit gegen diese Viren auszuloben. Der Arbeitskreis Viruzidie beim RKI definiert deshalb für Desinfektionsmittel erstmals den Wirkungsbereich

- **begrenzt viruzid PLUS:** Dies bedeutet wirksam gegen **behüllte Viren** sowie **zusätzlich** gegen **Adeno-, Noro- und Rotaviren (= unbehüllte Viren)**.

Anwendungsbereiche von Desinfektionsmitteln

Für die Arztpraxis von besonderer Bedeutung:

■ Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion dient der Reduktion der transienten Hautflora (Kontaktflora). Aufgrund der Anforderungen an die Hautverträglichkeit stehen nur wenige viruzide Präparate mit hoher Ethanolkonzentration (oder synergistische Kombinationen mit geringerem Alkoholgehalt und zum Beispiel Säuren) zur Verfügung. Mit dem neuen Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ können nun deutlich mehr Wirkstoffe in zum Teil geringerer Konzentration eingesetzt werden. Die chirurgische Händedesinfektion soll neben der transienten auch die residente (Standort- beziehungsweise körpereigene Flora) Hautflora reduzieren, die in der Regel keine Viren enthält.

■ Flächendesinfektion

Bei gezielten Flächendesinfektionsmaßnahmen ist die Art des Erregers meistens bekannt. Somit kann das benötigte Wirkungsspektrum in Abhängigkeit von dem zu inaktivierenden Virus ausgewählt werden.

■ Instrumentendesinfektion

Der Begriff Instrumentendesinfektion beinhaltet eine manuelle oder maschinelle Desinfektion im Eintauchverfahren. Sofern es sich bei den Instrumenten um semikritische Medizinprodukte handelt, sind für die „abschließende Instrumentendesinfektion“ (falls der Desinfektion keine Sterilisation folgt) Desinfektionsmittel mit viruzider Wirksamkeit einzusetzen.

■ Chemothermische Desinfektion

Durchführung in speziellen Reinigungs-Desinfektionsgeräten (RDG)/Waschmaschinen. Durch entsprechende Desinfektionschemie und Temperatur wird viruzide Wirksamkeit erreicht.

Fazit

Desinfektionsmittel spielen auch in der ambulanten medizinischen Versorgung bei der Prävention von Infektionskrankheiten eine sehr wichtige Rolle. Dabei ist der Nachweis der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln die grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung. **Die Anforderungen an das einzusetzende Desinfektionsmittel leiten sich aus den Eigenschaften der zu inaktivierenden Erreger ab.**

Listen geprüfter Desinfektionsmittel

Das Robert Koch-Institut ist nach Paragraf 18 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz für die Anerkennung von Mitteln und Verfahren zur Desinfektion zuständig. Es veröffentlicht regelmäßig eine Liste geprüfter und anerkannter Mittel und Verfahren für die behördlich angeordnete Desinfektion bei bestimmten meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Diese Liste kann unter www.rki.de in der Rubrik Infektionsschutz/Infektions- und Krankenhaushygiene/Desinfektion/Desinfektionsmittelliste abgerufen werden. Die Liste geprüfter Desinfektionspräparate für die Routinedesinfektion, auf die auch das RKI in seinen Empfehlungen verweist, veröffentlicht der Verbund für Angewandte Hygiene e. V. unter www.vah-online.de/Desinfektionsmittel-Liste. Weitere Informationen hierzu finden Sie auch

unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene und Infektionsprävention/Hygiene und Medizinprodukte*.

Nutzen für die Arztpraxis

Noro-, Adeno- und Rotaviren stellen auch in der ambulanten medizinischen Versorgung epidemiologisch sehr häufig virale Infektionserreger dar. Zu diesen Virusgruppen gehören beispielsweise Erreger von hochkontagiösen Gastroenteritiden, respiratorischen Infektionen und der Keratokonjunktivitis in der Augenheilkunde. Vorteil des erweiterten Wirkungsspektrums „begrenzt viruzid PLUS“ ist, dass ganzjährig für die prophylaktische Desinfektion dieselben Desinfektionsmittel eingesetzt werden können. Eine Umstellung auf andere Produkte infolge saisonaler Unterschiede im Vorkommen der viralen Erreger entfällt, wenn Sie für die hygienische Händedesinfektion und die Flächendesinfektion Desinfektionspräparate mit dem Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ einsetzen.

Literaturempfehlungen

- Neuer Wirksamkeitsbereich begrenzt viruzid PLUS – was ist das? Mitteilung der Desinfektionsmittel-Kommission im VAH. Hyg Med 2016, 41: 319-321
- Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im humanmedizinischen Bereich. Schwebke I, Eggers M, Gebel J et al. Bundesgesundheitsblatt 2017; 60: 353-363

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

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Wie gewohnt stellen wir Ihnen an dieser Stelle aktuelle Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung.

Eine Installation bezieht sich immer auf eine Betriebsstätte, das heißt: x Installationen in der Statistik bedeuten, dass x Betriebsstätten mit dem jeweils genannten System beziehungsweise den Systemen des genannten Anbieters im bezogenen Quartal abgerechnet haben.

Im Quartal 2/2016 wurden insgesamt 18.470 Installationen vermerkt, im Quartal 2/2017 waren es 18.646. Zur Jahresmitte 2017 waren insgesamt 114 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 8 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB					
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2016 zu 2/2017
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.522	18,89 %	+ 126
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.548	13,67 %	- 31
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.677	8,99 %	- 52
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.580	8,47 %	- 28
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	917	4,92 %	- 42
6	ALBIS	CompuGroup Medical	885	4,75 %	- 18
	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	830	4,45 %	- 18
7	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	606	3,25 %	- 27
8	easymed	promedico/medatixx GmbH	536	2,87 %	- 48

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs				
Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen von 4/2015 bis 4/2016	Installationen gesamt (Stand 4/2016)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+ 126	3.522
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+ 73	108
	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+ 73	104
3	Epikur	Epikur Software & IT Service	+ 50	279
4	Elefant	HASOMED GmbH	+ 39	277
5	Medical Office	Indamed GmbH	+ 26	178
	RescuePro	RescuePro Production GbR	+ 26	132
6	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+ 25	178
7	tomedo	zollsoft GmbH	+ 24	100
8	Med7	Bitron GmbH	+ 20	215
	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+ 20	186
	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+ 20	25

Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte

In Ausgabe 7/2017 der KVB INFOS haben wir Sie auf Seite 118 bereits über die Neuerungen im Rahmen der **Vereinbarung Europäische Krankenversicherungskarte** ab 1. Juli 2017 in der Anlage 20 zum Bundesmantelvertrag Ärzte informiert. Zu diesem Zeitpunkt ist die Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im EU- beziehungsweise EWR-Ausland sowie in der Schweiz Versicherten auf Muster 80 entfallen. Dieses darf nicht mehr verwendet werden. Die AOK Bayern weist ausdrücklich darauf hin, dass mit Ablauf des dritten Quartals 2017 die Erklärungen auf Muster 80/81 nicht mehr akzeptiert werden.

Die neue Patientenerklärung „Europäische Krankenversicherung“ ersetzt das bisherige Muster 81. Die neue Patientenerklärung ist in die Praxisverwaltungssysteme integriert und sollte mittlerweile in jeder Praxis vorhanden sein.

Bitte drucken Sie die Patientenerklärung in der Sprache des jeweiligen im Ausland Versicherten aus und lassen Sie diese vom Patienten unterschreiben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zwischenzeitlich darauf hingewiesen, dass mit dem nächsten Update die Patientenerklärung auch mit der Sprachenzuordnung in Deutsch vorgesehen ist, um die Verwaltungshandhabung in den Praxen zu vereinfachen.

Bis dahin überprüfen Sie bitte die Identität des Versicherten, fertigen zwei Kopien der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) und leiten eine Kopie mit der unterschriebenen und mit Datum und Vertragsarztstempel versehenen Patientenerklärung an die gewählte Krankenkasse weiter. Die andere

Kopie dient als Dokumentation für Ihre Praxis. Bitte beachten Sie, dass eine Kopie des Ausweises aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zulässig ist.

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

Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsunterlagen

Bisher waren Überweisungsscheine gemäß der geltenden bundesmantelvertraglichen Regelungen ein Jahr lang aufzubewahren.

Das Bundessozialgericht hat in seiner neueren Rechtsprechung festgestellt, dass gesetzliche Krankenkassen (und auch besondere Kostenträger) Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung beziehungsweise Prüfmitteilungen bis zu vier Jahre, nachdem die Vertragsärzte den Honorarbescheid erhalten haben, an die Kassenärztlichen Vereinigungen richten können.

Das führt dazu, dass die ursprünglichen Regelungen in Paragraf 7 Absatz 2 der ersten Ergänzung der Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) entsprechend angepasst werden müssen. Vorgesehen ist hierzu, künftig eine Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren festzuschreiben, soweit Abrechnungsunterlagen gemäß Muster 5 der Vordruckvereinbarung und Überweisungsscheine gemäß Muster 6, 10 und 10a dieser Vereinbarung betroffen sind.

Fünffährige Aufbewahrung von Überweisungsscheinen

Aus Gründen der Beweisführung in Regress-/Rückforderungsverfahren empfehlen wir Ihnen dringend, auch jetzt schon diese Unterlagen (Überweisungs- und Anforderungsscheine sowie im Ersatzverfahren ausgestellte Anspruchsnachweise) über einen Zeitraum von fünf Jahren aufzubewahren. Das gilt auch, soweit sie in digitaler Form (eingescannte Vordrucke der Muster 6, 10 und 10a oder digitale Vordrucke nach Anlage 2b zum BMV-Ä) vorliegen.

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Bei verschiedenen Prüffeldern der Krankenkassen können diese Unterlagen helfen, Anträge zurückzuweisen beziehungsweise Kassen zur Rücknahme ihrer Prüfmitteilungen zu bewegen. Sollten diese Unterlagen von uns benötigt werden, werden wir diese bei Ihnen anfordern.

Beachten Sie bitte auch das entsprechend geänderte Merkblatt (Seite 2) „Aufbewahrungsvorschriften für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Reiter „A“/Aufbewahrungsfristen/Informationen zu Aufbewahrungsfristen*.

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

Prüfungen im Vertragsarztbereich

Zahlreiche gesetzliche Vorgaben und Änderungen machen die Prüfungen im vertragsärztlichen Bereich schwer durchschaubar. Das Seminar klärt über die Verfahrensweisen bei Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen sowie bei Anträgen der Krankenkassen auf und gibt Hinweise, wie Sie als Vertragsarzt im Rahmen dieser Verfahren sinnvoll agieren können. Darüber hinaus werden in dieser Veranstaltung die Unterschiede der Aufgaben der unabhängigen Prüfungsstelle und der KVB im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Paragraph 106 SGB V vermittelt.

Die einzelnen Prüfungen der Prüfungsstelle werden transparent und nachvollziehbar vorgestellt und ihre sogenannten „Aufgreifkriterien“ und der Workflow erläutert. Dabei werden auch die Argumente erklärt, die Sie im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung parat haben sollten. Sie erfahren außerdem, in welcher Form Sie die dazu begründenden Unterlagen bei der Prüfungsstelle vorlegen müssen, damit Ihre Argumente Gehör finden.

Das Seminar widmet sich darüber hinaus der Abgrenzung zur Honorar- und Plausibilitätsprüfung. Die Plausibilitätsprüfung nach Paragraph 106a SGB V setzt sich aus Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zusammen. Kernfrage ist dabei: Haben Sie die abgerechneten Leistungen gemäß der rechtlichen Bestimmungen vollständig und persönlich erbracht? Auch hier wird dargestellt, nach welchen Kriterien eine Prüfung veranlasst wird. Zudem wird der Verfahrensablauf detailliert aufgezeigt,

um die Wege der Entscheidungsfindung offenzulegen und zu verdeutlichen, wann und auf welche Weise Sie an der Sachverhaltsaufklärung mitwirken können und wie Sie das tun sollten.

Themenschwerpunkte

- Durchschnittsprüfung
- Richtgrößenprüfung (Arznei- und Heilmittel, inklusive Ergo- und Logotherapie)
- Wirkstoffprüfung
- Einzelfallprüfungen
- Unzulässige Verordnungen
- Abgrenzung zur Honorarprüfung/ Plausibilitätsprüfung

Referenten sind KVB-Mitarbeiter, die Teilnahme ist kostenfrei.

Termine

- 8. November 2017
15.00 bis 18.00 Uhr
KVB Regensburg
- 13. Dezember 2017
15.00 bis 18.00 Uhr
KVB Bayreuth

Seminar des Monats für Hausärzte

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Sind Sie koordinierender Arzt im Rahmen der Disease Management Programme (DMP)?

Dann bieten wir Ihnen mit dem DMP-Fortbildungstag eine Möglichkeit, wie Sie Ihre jährliche Fortbildungspflicht für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit sowie die im Drei-Jahres-Rhythmus nachzuweisende Fortbildung zum DMP Asthma/COPD an einem Tag erfüllen können.

Die Referenten vermitteln Ihnen neue sowie bekannte Erkenntnisse aus der Forschung, die für die Umsetzung der DMP relevant sind. Jeder Referent setzt das besondere Augenmerk auf ein spezielles Thema aus der jeweiligen Indikation.

Wichtig

Die Teilnahme speziell an dieser Veranstaltung ist nicht verpflichtend. Sie können Ihrer Fortbildungspflicht im Rahmen der DMP auch durch andere Veranstaltungen nachkommen. Diese Veranstaltung ersetzt nicht die umfangreichere, eintägige Eingangsfortbildung, die koordinierende Ärzte innerhalb des ersten Jahres ihrer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 absolvieren müssen.

Themenschwerpunkte

- DMP Asthma/COPD
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Koronare Herzkrankheit

Dozenten sind externe ärztliche Referenten. Die Teilnahmegebühr beträgt 95,- Euro pro Person.

Termine

- 14. Oktober 2017
10.00 bis 15.00 Uhr
KVB Würzburg
- 18. November 2017
10.00 bis 15.00 Uhr
KVB Regensburg
- 25. November 2017
10.00 bis 15.00 Uhr
KVB Nürnberg
- 9. Dezember 2017
10.00 bis 15.00 Uhr
KVB München

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Ihre Anmeldung unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21
E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Unsere Servicezeiten

- Montag bis Donnerstag
7.30 bis 17.30 Uhr
- Freitag
7.30 bis 14.00 Uhr

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind voraussichtlich ab Mitte November 2017 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche mit Online-Anmeldung* zu finden. Die Seminarbroschüren 2018 versenden wir Anfang Dezember 2017 an die Praxen.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fachliche Informationen erhalten Sie unter

0 89 / 5 70 93 – 88 89

oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hautärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Fortgeschrittene

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 5 - Repetitorium

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

Datenschutzgrundverordnung - was ändert sich?

DMP

DMP - Brustkrebs für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Schulung nichtinsulinpflichtiger Gestationsdiabetes

Fachseminare

Notfalltraining - Refresher

Prüfungen im Vertragsarztbereich

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen III - Demenz und Sexualität im Alter

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		15. November 2017	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. Oktober 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. Oktober 2017	17.00 bis 20.40 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	8. November 2017	16.00 bis 21.00 Uhr	Bayreuth
Poolärzte	kostenfrei	7. November 2017	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. Oktober 2017	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Oktober 2017	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	27. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. Oktober 2017	16.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter		21. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. Oktober 2017	9.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter		28. Oktober 2017	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro (Ärzte) 50,- Euro (MFA)	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	70,- Euro	21. Oktober 2017	13.30 bis 16.45 Uhr	Bayreuth
		28. Oktober 2017	13.30 bis 16.45 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Oktober 2017	10.00 bis 15.30 Uhr	München

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet**IT und Online**

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Kooperationen

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?

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer-/Abgeberforum

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Personal und Marketing

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Führungskräfte in der Praxis - Teamentwicklung

Konfliktmanagement

Start-Up - ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Update Führung für erfahrene Führungskräfte

Praxismanagement

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Selbstmanagement

Stressprävention und Selbstmanagement

Verordnung

Einsteigerkurs Verordnung

Verordnungen - Erstinformationen

Wirtschaft und Recht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		15. November 2017	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Ärzte und Psychotherapeuten, die an einer Anstellung interessiert sind	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		8. November 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Praxisinhaber	kostenfrei	21. Oktober 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		11. November 2017	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		11. November 2017	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	8. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		15. November 2017	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Oktober 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	München
		15. November 2017	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing

