

KVBBINFOS

07 | 18
08 | 18

ABRECHNUNG

- 90 Die nächsten Zahlungstermine
- 90 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018
- 92 Kodierung von Anästhesieleistungen
- 93 Bald GKV-Leistung: TmLEP und PVP für die Behandlung des benignen Prostatasyndroms
- 93 Hygienezuschläge ambulantes Operieren
- 94 Asylvertrag 2017 – Wichtige Abrechnungshinweise

VERORDNUNG

- 96 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 97 Blankoformularbedruckung: Duplexverfahren
- 97 Muster 56 und 61: Änderungen

QUALITÄT

- 98 DMP: Internetseite zur Qualitätssicherung
- 98 Diabetisches Fußsyndrom: DMP-Feedbackberichte
- 99 DMP: Neue Teilnahme-/ Einwilligungserklärungen

IT IN DER PRAXIS

- 99 DMP-Dokumentationen: Änderungen ab 1. Juli 2018

ALLGEMEINES

- 100 Anpassungen im Formularbereich
- 101 Formulare: Anpassungen bei Muster 9
- 101 Angestellte Ärzte in einer BAG

SEMINARE

- 102 Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter
- 103 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 104 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Juli 2018

Abschlagszahlung Juni 2018

31. Juli 2018

Restzahlung 1/2018

10. August 2018

Abschlagszahlung Juli 2018

10. September 2018

Abschlagszahlung August 2018

10. Oktober 2018

Abschlagszahlung September 2018

31. Oktober 2018

Restzahlung 2/2018

12. November 2018

Abschlagszahlung Oktober 2018

10. Dezember 2018

Abschlagszahlung November 2018

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2018 bis spätestens **Dienstag, den**

10. Juli 2018, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Perso-

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

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorkstraße 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 nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail emDoc@kvb.de

Kodierung von Anästhesieleistungen

Kodierung von Leistungen aus dem Paragraf 115b-Katalog

Ambulante Leistungen, die im Zusammenhang mit einer im Indikationskatalog des AOP-Vertrags nach Paragraf 115b SGB V genannten Operation erbracht werden, sollten in der Abrechnung in der Feldkennung (FK) 5035 mit dem entsprechenden Operationsschlüssel (OPS) gekennzeichnet werden. Dies hat zur Folge, dass die jeweilige Leistung als sogenannte „freie Leistung“ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und somit zu 100 Prozent vergütet wird. Diese Regelung gilt für alle Fachgruppen.

Grundsätzlich ist bei jeder Gebührenordnungsposition (GOP) in der FK 5035 der korrekte OPS einzutragen. Nur so ist auch eine korrekte Zuordnung gewährleistet. Ausgenommen hiervon sind allerdings anästhesiologische Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM. Hier ist die einmalige Angabe des OPS in der Feldkennung 5035 EBM im **Behandlungsfall** ausreichend. Bitte beachten Sie Folgendes: Wenn es sich um einen Eingriff gemäß dem Indikationskatalog nach Paragraf 115b SGB V handelt und eine Anästhesie/Narkose nach Kapitel 31 EBM abgerechnet wird, ist die Angabe des OPS in der FK 5035 entweder bei der anästhesiologischen GOP und/oder bei der postoperativen GOP zwingend notwendig. Nur so ist gewährleistet, dass alle Leistungen (also auch die Grundpauschale und die präanästhesiologische Untersuchung) als freie Leistungen vergütet werden.

Durch die korrekte Kennzeichnung mittels des OPS tragen Sie auch

dazu bei, dass das Budget (sogenannter „Topf-in-Topf“), das im Jahr 2010 für bestimmte anästhesiologische Leistungen (GOP 05340, 05341, 05330, 05310 und 05350) gebildet wurde, geschont wird. Die Topf-in-Topf-Leistungen können dadurch mit einer höheren Auszahlungsquote vergütet werden.

Kodierung von Anästhesieleistungen in Verbindung mit zahnärztlichen beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischen Eingriffen

Anästhesiologische Leistungen, die in Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie erbracht werden (wenn die Abrechnung der Operation nicht vertragsärztlich, sondern vertragszahnärztlich erfolgt), werden ebenfalls als freie Leistung vergütet und fließen also nicht in den Honorartopf der Anästhesisten ein. Hierunter fallen die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM. Die Leistungen sind mit dem Buchstaben „Z“ zu kennzeichnen (beispielhaft 05330Z).

Zusätzlich kann seit 1. Juli 2015 bei Anästhesieleistungen bei zahnmedizinischer beziehungsweise mund-kiefer-gesichtschirurgischer Versorgung bei Versicherten **mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie** unter Angabe eines entsprechenden ICD-Codes sowie bei **Kindern mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres** die Zuschlagsziffer 97190 (Vergü-

tungshöhe maximal 20,- Euro) abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Regelung **nicht** für endoskopische Untersuchungen gilt!

Unabhängig davon sind die entsprechenden Voraussetzungen der Präambel 5.1 Punkt 8 und 10 bei der Abrechnung zu beachten. Diese umfangreiche Thematik haben wir bereits in den KVB INFOS 10/2015 dargestellt.

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

Bald GKV-Leistung: TmLEP und PVP für die Behandlung des benignen Prostatasyndroms

Zukünftig können mit der Thulium-Laserenukleation (TmLEP) und der photoselektiven Vaporisation (PVP) zwei weitere Laserverfahren alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata und zu den bereits verfügbaren Laserverfahren Holmium-Laserenukleation, Holmium-Laserresektion und Thulium-Laserresektion zur Behandlung des obstruktiven benignen Prostatasyndroms eingesetzt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15. Februar 2018 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Die Beschlüsse traten am 12. Mai 2018 in Kraft.

Die Thulium-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation dürfen Fachärzte für Urologie durchführen, die über eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Genehmigung werden in der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt, die im Hinblick auf die zwei neuen Verfahren noch angepasst wird.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Thulium-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung(en) in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien.

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

Hygienezuschläge ambulantes Operieren

In unserem Rundschreiben vom 30. Mai 2018 zum Ergebnis der Honorarverhandlungen 2018 haben wir Sie unter anderem über die ab 1. April 2018 neu eingeführte Förderung ambulanter Operationen nach Kapitel 31.2 EBM aufgrund von Hygieneanforderungen informiert. Uns haben vermehrt Nachfragen erreicht, ob es sich dabei um Zuschläge für die Operationsleistung oder für Hygieneaufwendungen handelt.

Die Zuschläge wurden vereinbart, um den Aufwand für die gestiegenen Anforderungen an die Aufbereitung von OP-Materialien aufgrund von gesetzlichen Hygienevorgaben finanziell zu unterstützen. Insofern handelt es sich hierbei nicht um Zuschläge für die Operationsleistung, sondern für die Hygienemaßnahmen.

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

Asylvertrag 2017 – Wichtige Abrechnungshinweise

Zum 1. April 2017 ist der neue Asylvertrag 2017 („Vereinbarung zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für Asylbewerber“) in Bayern in Kraft getreten. Mit diesem Vertrag übernimmt die KVB die Abrechnung der von Ihnen für Asylpatienten erbrachten Leistungen. Gäbe es den Vertrag nicht, müssten Sie eventuelle Leistungen direkt mit dem für den Asylbewerber zuständigen Amt selbst abstimmen und abrechnen.

Hierüber und über die wichtigsten Neuerungen, die der Asylvertrag mit sich gebracht hat, hatten wir Sie bereits mit Rundschreiben vom 28. März 2017 informiert. Das Schreiben und die dazu gehörige **Infomappe** sowie weitere Informationen zur Behandlung von Asylbewerbern finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger/Behandlung von Asylbewerbern*.

Zwischenzeitlich haben wir die ersten Abrechnungen für die Quartale 2/2017 bis 1/2018 überprüft. Leider läuft das Verfahren sowohl auf Kostenträgerseite als auch in den Praxen noch nicht rund.

Wir haben die im Folgenden dargestellten Punkte identifiziert, die in der Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern Probleme bereiten und eine zügige und korrekte Durchführung der Abrechnung und eventuell sogar eine Vergütung der von Ihnen erbrachten Leistungen verhindern.

Da die Kostenträger mit Abschluss dieses neuen Vertrags die Verwaltungskosten für die Abrechnung bezahlen, erhalten Sie die Vergütung für Asylpatienten in Bayern voll

(also zu 100 Prozent) ausbezahlt, das heißt, es werden hier keine Verwaltungskosten mehr abgezogen. Auch aus diesem Grunde bitten wir Sie, besonders auf die nachfolgend dargestellten Punkte zu achten, auch um eventuelle Kostenträgeranträge zu vermeiden.

Bitte beachten Sie bei der künftigen Behandlung von Asylbewerbern beziehungsweise bei der dazu gehörigen Abrechnung Folgendes:

- **Vorherige Vorlage eines Behandlungsscheins**
Sofern es sich nicht um einen Notfall handelt, **muss** der Patient vor der Behandlung einen Behandlungsschein vorlegen.

Wenn ein Patient keinen Behandlungsschein vorlegt und es sich nicht um einen Notfall (Behandlung in Notfällen siehe unten) handelt, müssen Sie den Patienten bitte auffordern, sich einen Behandlungsschein beim zuständigen Amt zu besorgen. Behandeln Sie den Patienten, ohne dass zuvor ein Behandlungsschein vorgelegt wurde, ist der zuständige Kostenträger berechtigt, die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins und die Bezahlung der Behandlung zu verweigern, sodass wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren müssen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Behandlung selbst tragen.

- **Behandlung in Notfällen**
In Notfällen kann die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins ausnahmsweise angefordert werden, sofern die Behandlung aus medizinischen/

therapeutischen Gründen unaufschiebbar war, der Sozialhilfeträger nicht rechtzeitig eingeschaltet werden konnte und Ihre Praxis **innerhalb von zwei Wochen nach der Eilbehandlung eine schriftliche Mitteilung** hierüber an den zuständigen Sozialhilfeträger übermittelt hat. Ein Blankoformular „Ärztliche Anzeige“ finden Sie als Kopiervorlage auf unserer oben genannten Internetseite unter dem Stichpunkt „Abrechnungsbesonderheiten“.

Unterbleibt die schriftliche Mitteilung Ihrer Praxis an den zuständigen Kostenträger innerhalb der Zwei-Wochen-Frist, so ist der zuständige Kostenträger auch hier berechtigt, die nachträgliche Ausstellung eines Behandlungsscheins und die Bezahlung der Behandlung zu verweigern, sodass wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren müssen.

- **Zeitliche und örtliche Beschränkungen**
Bitte achten Sie immer darauf, ob der Behandlungsschein zum Zeitpunkt der Behandlung (noch) gültig ist und ob gegebenenfalls nur Ärzte in einem bestimmten Landkreis oder einer bestimmten Stadt in Anspruch genommen werden dürfen, das heißt, ob Sie den Asylpatienten (Ausnahme Notfälle) überhaupt behandeln dürfen.

Werden derartige Vorgaben des Kostenträgers nicht beachtet, so ist dieser auch hier berechtigt, die Bezahlung der Behandlung zu verweigern. Auch in diesem Fall müssen wir die von Ihnen abgerechnete Vergütung entsprechend korrigieren.

■ **Eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung**

Nach Paragraph 4 AsylbLG haben Asylpatienten im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Näheres hierzu finden Sie auch unter „Wichtige Hinweise für den Arzt“ auf dem Behandlungsschein.

■ **Im Überweisungsfall immer Übermittlung einer Kopie des Behandlungsscheins erforderlich**

Eine Überweisung zum Facharzt kann jetzt auch ohne erneute Anforderung eines Behandlungsscheins vorgenommen beziehungsweise vom Überweisungsempfänger akzeptiert werden. Es ist jedoch wichtig, dass zusammen mit dem Überweisungsschein eine Kopie des Behandlungsscheins an den Überweisungsempfänger übermittelt wird, damit dieser informiert ist, dass es sich um einen Asylpatienten mit den entsprechenden Daten und gegebenenfalls auch zeitlichen und örtlichen Beschränkungen handelt.

■ **Vollständige und korrekte Übernahme von Daten in das PVS**

Alle auf dem Behandlungsschein grau hinterlegten Felder, die mit „*“ gekennzeichnet sind, müssen Sie – wie vom Kostenträger vorgegeben – in den Datensatz Ihres PVS übernehmen. Dies gilt insbesondere für die „VKNR“, die „Kostenträgeruntergruppe“, die „Versichertennummer“ und den Gültigkeitszeitraum.

Bitte achten Sie hier besonders darauf, dass Sie **nicht pauschal die bereits in Ihrem PVS ge-**

speicherten Daten übernehmen.

Die Daten auf dem aktuellen Behandlungsschein können sich aus vielerlei Gründen von den Daten bereits gespeicherter Fälle aus vorangegangenen Quartalen unterscheiden.

In manchen Fällen hat die Überprüfung auch ergeben, dass die Qualität der vom Amt ausgefüllten Scheine nicht in Ordnung war. Hier sind wir auf die Ämter zugegangen, um zukünftig auch von dieser Seite den Ablauf der Abrechnung zu optimieren.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der G-BA hat weitere Ergänzungen der AM-RL beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zur Anlage VI, Off-Label-Use:

- Docetaxel bei hormonsensitivem Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (M1)
- Rituximab beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Arzneimittel A - Z/Buchstabe „O“/Off-Label-Use*.

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 1. Quartal 2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Atezolizumab – neue Anwendungsgebiete: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Urothelkarzinom
- Avelumab
- Brodalumab
- Cabozantinib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Carfilzomib – Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der „50-Millionen-Euro-Grenze“
- Ceritinib – neues Anwendungsgebiet: Erstlinienbehandlung, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom
- Daratumumab – neues Anwendungsgebiet; Neubewertung eines Orphan-Drugs nach Überschreitung der „50-Millionen-Euro-Grenze“
- Darunavir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid
- Dimethylfumarat – neues Anwendungsgebiet: Plaque-Psoriasis
- Elosulfase alfa – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse

- Glecaprevir/Pibrentasvir
- Idecabon – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Inotuzumab Ozogamicin
- Ledipasvir/Sofosbuvir – neues Anwendungsgebiet: Chronische Hepatitis C bei Jugendlichen
- Pembrolizumab – neues Anwendungsgebiet: Urothelkarzinom
- Ribociclib
- Sarilumab
- Saxagliptin/Metformin – neues Anwendungsgebiet: in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin und Sulfonylharnstoff)
- Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir

Ausführliche Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Frühe Nutzenbewertung*.

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

Blankoformularbedruckung: Muster 56 und 61: Duplexverfahren Änderungen

Bisher war nicht eindeutig geregelt, ob Formulare mit Vorder- und Rückseite auch bei der Blankoformularbedruckung beidseitig bedruckt werden dürfen („Duplexverfahren“).

Nun haben sich die Bundesmantelvertragspartner auf eine Klarstellung verständigt. Dazu wurde in Anlage 2a des Bundesmantelvertrags festgelegt, dass für folgende Formulare die Duplexbedruckung genutzt werden darf:

- Muster 12: Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Muster 13: Heilmittelverordnung (Physikalische/Podologische Therapie)
- Muster 14: Heilmittelverordnung (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- Muster 15: Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe
- Muster 18: Heilmittelverordnung (Ergotherapie/Ernährungstherapie)
- Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Muster 63: Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Diese Regelung gilt ab dem 1. Juli 2018.

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

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde zum 1. Januar 2018 das SGB IX neu gefasst.

Auf Muster 56, der ärztlichen Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining, werden zum 1. Juli 2018 die Verweise auf die Rechtsgrundlagen angepasst. Wichtig für die Praxis ist, dass für die geänderten Muster keine Stichtagsregelung vereinbart wurde. Die aktuell gültigen Muster dürfen weiter genutzt und aufgebraucht werden.

In den Vordruckerläuterungen zu Muster 61, der Verordnung von medizinischer Rehabilitation, wird zukünftig darauf verwiesen, dass der Vertragsarzt andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe benennen kann, wenn beim Patienten Anhaltspunkte erkennbar sind.

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

DMP: Internetseite zur Qualitätssicherung

Seit Mitte Juni 2018 präsentieren sich die Gemeinsamen Einrichtungen DMP Bayern beziehungsweise DMP Brustkrebs Bayern (GE) mit einem aktualisierten Internet-Auftritt. Unter www.ge-dmp-bayern.de finden Sie Informationen rund um die Qualitätssicherung der Disease Management Programme (DMP) wie beispielsweise zu den DMP-Feedbackberichten und DMP-Qualitätsberichten.

Der aktuelle DMP-Qualitätsbericht steht Ihnen dabei seit Neuestem als attraktive Kurzversion zur Verfügung. Diese Kurzversion bietet Ihnen einen schnellen und mobilen Überblick zum DMP in Bayern, aber auch zu Schwerpunktthemen wie der Strukturqualität im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Diabetisches Fußsyndrom: DMP-Feedbackberichte

Die Disease Management Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 wurden zum 1. Juli 2017 aktualisiert. Die Anpassung der Dokumentation und die im Vertrag definierten Qualitätsziele dienen dazu, den Fokus verstärkt auf die Vorbeugung und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms zu richten. Die Vermeidung von diabetesbedingten Amputationen zählt zu den wichtigsten Zielen des DMP. Eine Analyse der Amputationsrate auf Ebene der bayerischen Kreise ist im aktuellen DMP-Qualitätsbericht unter www.ge-dmp-bayern.de zu finden.

Wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung einer Amputation ist die regelmäßige Fußinspektion und die Einleitung einer frühzeitigen Therapie. So ist bei allen Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 eine vollständige Fußinspektion mindestens jährlich durchzuführen. Diese beinhaltet folgende Aspekte, die in der DMP-Dokumentation zu erfassen sind:

- Sensibilität des Fußes
- Peripherer Pulsstatus
- Vorhandensein eines Ulkus
- Vorhandensein einer Wundinfektion
- Feststellung, ob ein weiteres Risiko für Ulkus besteht

Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 wurden drei weitere Qualitätsziele aufgenommen, die Patienten mit auffälligem Befund betreffen (siehe: aktueller Muster-Feedbackbericht unter www.ge-dmp-bayern.de). Damit soll die Behandlungsplanung dieser besonderen Risikogruppe unterstützt werden.

Die neuen Qualitätsziele basieren auf der seit dem 1. Juli 2017 gültigen Version der DMP-Dokumentation.

Es können insbesondere nur Fußinspektionen berücksichtigt werden, die nach diesem Datum dokumentiert wurden. Da für die Beobachtung der Fußinspektion ein Zeitraum von einem Jahr erforderlich ist, ist das entsprechende Qualitätsziel erst ab dem ersten Halbjahr 2018 korrekt auswertbar. Im Feedbackbericht für das zweite Halbjahr 2017 wurden somit Patienten mit Fußinspektion im ersten Halbjahr 2017 mit „nicht durchgeführt“ ausgewiesen. Wir bedauern diese fehlerhafte Darstellung, die selbstverständlich keine negativen Konsequenzen für die betroffenen Praxen hat.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

DMP: Neue Teilnahme-/ Einwilligungserklärungen

Aufgrund der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) mussten die DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) angepasst werden. Den am DMP teilnehmenden Praxen werden die neuen Teilnahmeerklärungen von der Firma Kohlhammer automatisch zugesandt.

Ab dem 1. Juli 2018 sind die neuen TE/EWE verpflichtend anzuwenden und alte Vordrucke müssen vernichtet werden. Die von Patienten bislang unterschriebenen Erklärungen behalten ihre Gültigkeit.

Patienten, die neu ins DMP eingeschrieben werden, bekommen mit dem Begrüßungsschreiben ihrer Krankenkasse ergänzende Informationen zu den aktuellen Datenschutzrechten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 12 99
 E-Mail info-dmp@kvb.de

DMP-Dokumentationen: Änderungen ab 1. Juli 2018

Aufgrund der Aktualisierung der Bedruckungsvorschriften im Personalfeld wurden zum 1. Juli 2018 auch die DMP-Dokumentationen angepasst. Betroffen sind die Fragen „DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte“ und „Besondere Personengruppe“ in den Patientenstammdaten. Analog zu den geänderten Bedruckungsvorschriften enthalten die geänderten Antwortmöglichkeiten jetzt eine führende Null. Beispielsweise lautet bei der Frage „DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte“ die Antwortmöglichkeit für die Teilnahme am DMP KHK jetzt „03 = KHK“. Bisher lautete die Antwortmöglichkeit „3 = KHK“. Außerdem müssen bei beiden Fragen seit 1. Juli 2018 verpflichtend Angaben gemacht werden. Patienten, die keine DMP-Kennzeichnung laut eGK-Karte haben oder keiner besonderen Personengruppe angehören, werden mit „00 = keine Angabe“ dokumentiert.

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 12 99
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Anpassungen im Formularbereich

Änderung der Formularbedruckung – Personalienfeld

Bitte beachten Sie, dass sich ab dem 1. Juli 2018 Änderungen bei der Bedruckung aller Formulare mit Personalienfeld ergeben. Auf die Anpassung der Bedruckungsvorschriften haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrags für Ärzte geeinigt.

Die Statusfelder zur „Besonderen Personengruppe“ und „DMP-Kennzeichen“ werden künftig zweistellig anstatt einstellig geführt. Dabei werden Leerzeichen durch „0“ ersetzt. Das heißt, dass beispielsweise bei keiner Teilnahme an einem DMP die Stelle mit „00“ und bei einem Fall „Sozialversicherungsabkommen, pauschal“ mit „08“ bedruckt wird. Ziel der Änderung ist es, Fehlern beim automatischen Einlesen der Formulare vorzubeugen.

Die Umstellung der Bedruckung muss bis spätestens 30. September 2018 erfolgen.

Einführung des neuen Verordnungsformulars zur medizinischen Vorsorge für Mütter oder Väter (Muster 64) und das Ärztliche Attest Kind (Muster 65)

Für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter zulasten der Krankenkassen steht Ihnen ab 1. Oktober 2018 ein neues Formular zur Verfügung. Da nun für alle GKV-Patienten das gleiche Formular genutzt wird, vereinfacht dies das bisherige Verfahren. Das Formular kann auch per Praxisverwaltungssoftware (PVS) oder per Blankoformularbedruckung (BFB) ausgestellt werden. Eine Verordnung

durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich.

Abgrenzung von Leistungen der Vorsorge zur Rehabilitation

Die medizinische Vorsorge soll dem Entstehen sowie dem Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung entgegenwirken. Bei der klassischen Reha geht es im weitesten Sinne um die „Wiederherstellung“ der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Patienten. Für die Verordnung der Vorsorgeleistung müssen im Gegensatz zur Reha auch keine längerfristigen Aktivitätsbeeinträchtigungen bei der Mutter oder dem Vater vorliegen (über sechs Monate).

Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, den spezifischen Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung entgegenzuwirken. Dies erfolgt im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen.

Abrechnung der Muster 64 und 65 – Änderung des EBM

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 417. Sitzung beschlossen, dass mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 folgende Änderungen in Kraft treten:

- Für die Erstellung des Musters 64 wird die GOP 01624 in den Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Die GOP ist mit 210 Punkten bewertet.
- Für die Erstellung des Musters 65 kann künftig die GOP 01622 EBM abgerechnet werden. Die Bewertung dieser GOP mit 83

Punkten hat sich nicht verändert.

Bei Fragen zur Abrechnung erreichen Sie uns unter

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

Bei Fragen zur Verordnung 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

Formulare: Anpassungen bei Muster 9

Neugestaltung der bisherigen Ärztlichen Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten nunmehr als Ärztliche Bescheinigung für die Gewährung von Mutterschaftsgeld bei einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes (Muster 9) zum 1. Juli 2018

Wir möchten Sie auf die Änderung bei Muster 9 hinweisen: Die Schutzfrist nach der Entbindung hat sich auf zwölf Wochen verlängert, wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung ärztlich festgestellt wird und die Frau die Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung beantragt. Das Muster 9 wurde daher um die Beantragungsmöglichkeit erweitert.

Das neu gestaltete Muster 9 trat zum 1. Juli 2018 in Kraft. Bitte beachten Sie, ab diesem Zeitpunkt die alten Formulare **nicht** mehr zu verwenden.

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

Angestellte Ärzte in einer BAG

Bisher wurden angestellte Ärzte, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätig sind, vertragsarztrechtlich einem der dort tätigen Vertragsärzte zugeordnet. Diese bisherige Praxis der Zulassungsgremien, die Genehmigung nur einem einzelnen Arzt der BAG zu erteilen, ist ab sofort unzulässig, erteilte jetzt der Vertragsarztsenat des Bundessozialgerichts (Az.: B 6 KA 24/15 vom 4. Mai 2016).

Anstellungsgenehmigungen für eine Berufsausübungsgemeinschaft sind künftig von der BAG insgesamt zu beantragen. Bisherige Genehmigungsbescheide bleiben aus Vertrauensschutz davon unberührt. Mit seinem Urteil beendet das BSG das bisherige Auseinanderfallen von Anstellungsgenehmigung einerseits und zivilrechtlicher, steuerrechtlicher und abrechnungsseitiger Behandlung andererseits. So gilt immer schon die gesamte BAG als Arbeitgeber, nicht der einzelne Arzt, der die Anstellungsgenehmigung erhalten hat. Honorartechnisch sei es zudem wohl eher praxisfern, dass ein angestellter Arzt Leistungen nur für ein Mitglied der BAG erbringt. In der Praxis gehen die Honorarbescheide denn auch schon bisher an die gesamte BAG. Über deren gemeinsame Abrechnungsnummer werden auch die Leistungen eines angestellten Arztes der gesamten BAG zugerechnet.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber und Praxismitarbeiter

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Praxen

Das spezifische QM-System QEP® „Qualität und Entwicklung in Praxen“ wurde eigens für Ärzte und Psychotherapeuten entwickelt. Der Aufbau eines Qualitätsmanagements mit diesem System erfüllt zum einen die in der QM-Richtlinie geforderten Inhalte, zum anderen ist dieses System zertifizierbar, sodass es Ihnen doppelte Sicherheit bietet.

In dem einhalbtägigen Seminar wird mit dem „QEP®-Qualitätszielkatalog“ gearbeitet, um eine zielgerichtete Umsetzung von notwendigen Qualitätszielen im Praxisalltag zu erreichen. Anhand praktischer Beispiele und der Erstellung konkreter Qualitätsdokumente lernen

Sie das QEP®-System kennen. Darüber hinaus vermittelt Ihnen das Seminar konkrete Hilfestellungen und Maßnahmen für eine zielgerichtete Anwendung von Qualitätszielen.

In dem QEP®-Seminar für Psychotherapeuten werden die Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen berücksichtigt.

Hinweis: Vorkenntnisse im Qualitätsmanagement sind für dieses Seminar nicht erforderlich.

In Verbindung mit der Teilnahme an diesem Seminar haben Sie die Möglichkeit, das praktische QEP®-Manual zu einem vergünstigten Preis zu erwerben. Der Erwerb des QEP®-Manuals ist für jede Praxis nur einmal möglich.

Themenschwerpunkte

- Grundlagen des Qualitätsmanagements
- Der PDCA-Zyklus
- Ziele und Inhalte des QEP®-Systems
- Aufbau und Struktur des QEP®-Qualitätszielkatalogs
- Wie werden Arbeitsabläufe dokumentiert?
- Die Rolle der Praxisleitung und der Mitarbeiter
- Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung von QM
- Das Selbst- und Fremdbewertungsverfahren (Zertifizierung) nach QEP®

Referenten

externer Referent

Teilnahmegebühr

220,- Euro pro Person

Seminartermine für haus- und fachärztliche Praxen

14. September und 15. September 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB
9. November und 10. November 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB
16. November und 17. November 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Seminartermine für Psychotherapeuten

21. September und 22. September 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
7. Dezember und 8. Dezember 2018	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München/KVB

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Dieses Seminar richtet sich an Ärztinnen, die an einer Niederlassung interessiert sind und überlegen, welche Betätigungsform für sie die am besten geeignete ist: Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Anstellung in Voll- oder Teilzeit, Möglichkeiten des Jobsharing oder eine Teilzulassung.

Im Rahmen dieser Veranstaltung lernen Sie die verschiedenen Modelle der kooperativen Berufsausübung und Möglichkeiten der Teilzeittätigkeit kennen. Außerdem erhalten Sie praktische Tipps und Hinweise für die Praxisführung.

Begrifflichkeiten wie Zulassungsverordnung, Bedarfsplanung, Präsenzpflcht werden ebenso geklärt wie Ihre Fragen zu relevanten rechtlichen Grundlagen und deren Einfluss auf die vertragsärztliche Tätigkeit.

Themenschwerpunkte

- Teilnahmemöglichkeiten in der ambulanten Versorgung
- Zulassungsrechtliche Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Entscheidungsalternativen und -kriterien
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Sie und Ihre Online-Anmeldung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*

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

Seminardaten

19. Juli 2018

18.00 bis 21.00 Uhr

München/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2018

Die Veranstaltungen für das nächste Jahr sind im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung* unter dem Punkt „Terminsuche mit Online-Anmeldung“ zu finden.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

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

Informationen zu Qualitäts-

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

Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

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

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Einsteiger

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-KHK für koordinierende Hausärzte

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 5

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ?

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. Juli 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		25. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		26. September 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Juli 2018	19.00 bis 22.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	95,- Euro	21. Juli 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. September 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	15. September 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. Juli 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	15. September 2018	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		22. September 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. September und 15. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. Juli 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	19. September 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	21. Juli 2018	09.30 bis 14.45 Uhr	Nürnberg
Poolärzte	kostenfrei	20. September 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		19. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		28. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juli 2018	18.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. September 2018	17.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Juli 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		19. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet**Niederlassung und Praxisabgabe**

Gründer- und Abgeberforum

Gründer- und Abgeberforum – Psychotherapeuten

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Telefontraining für die Praxis

Terminvereinbarung am Telefon

Qualitätsmanagement

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Emotionale Intelligenz in der Praxis

Grenzen setzen – Grenzen achten

Selbstmanagement

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Refresher-Kurs rund um die Verordnung

Verordnungen I – Arzneimittel

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Existenzgründer	kostenfrei	14. Juli 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	19. Juli 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer und Medizinstudenten	kostenfrei	28. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. September 2018 14. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018 26. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. September 2018 19. September 2018	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	15. September 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	29. September 2018	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	19. September 2018	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	26. September 2018	16.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Juli 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	12. September 2018 19. September 2018	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	München Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2018 25. September 2018	15.00 bis 18.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. Juli 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing

