

Wichtige Informationen der Verwaltung – Amtliche Bekanntmachungen

**Ausgabe für den Arzt,
Psychotherapeuten
und Praxismitarbeiter**

RUNDSCHREIBEN DEZEMBER 2015

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

Wichtige Informationen zur Abrechnungsabgabe

- 3 ■ Einreichungstermin für die Abrechnung 4/2015
- 3 ■ Online-Abrechnung
- 3 ■ KV-Mitarbeiter helfen an Online-Terminals
- 3 ■ Umgang mit Begleitpapieren
- 3 ■ Kostenloser Versand (A)
- 3 ■ Wichtige Information zur Sammelerklärung
- 4 ■ Was wir benötigen – was bleibt in der Praxis?

Abrechnung

- 4 ■ Honorarverhandlungen 2016
- 5 ■ Überprüfung von DMP-Leistungen
- 5 ■ Männerbehandlung durch Gynäkologen
- 5 ■ Ohne eGK: Abrechnung im Ersatzverfahren
- 6 ■ Leistungserbringung in Labormedizin und Molekulargenetik

Finanzwesen

- 7 ■ Haushalt und Verwaltungskostensätze 2016
- 7 ■ Terminübersicht für die Abschlagszahlungen
- 7 ■ Auszahlungstermin März 2016

Amtliche Bekanntmachungen

- 8 ■ Änderung Satzung KVBW: Terminservicestellen
- 8 ■ Änderung der Richtlinie zur Förderung von nicht von der KVBW betriebenen Notfallpraxen (A)
- 8 ■ Bekanntmachung ausgeschriebener Vertragsarztsitze

Rechtsprechung

- 9 ■ Wirtschaftlichkeit bei Arzneimittelverordnung

Verträge und Richtlinien

- 10 ■ Ein Jahr Diabetes-Vertrag mit DAK-Gesundheit
- 10 ■ Heimat Krankenkasse (BKK) beendet Teilnahme an Schutzimpfungsvereinbarung
- 11 ■ Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität ambulanter Venentherapie mit der AOK BW
- 11 ■ Verträge zu Früherkennungsuntersuchungen
- 12 ■ Änderung Psychotherapie-Richtlinie
- 12 ■ Änderung Prüfvereinbarung

Service für Arzt und Therapeut

- 13 ■ Infoveranstaltungen Terminservicestellen
- 13 ■ DocLineBW – Hilfe im Krisenfall
- 13 ■ Patiententelefon MedCall
- 13 ■ Hotline Praxisaufkauf
- 14 ■ Beratung Arzneimittel in Schwangerschaft
- 14 ■ Beratungstermine

Verschiedenes

- 15 ■ Abgrenzungsschwierigkeiten bei vor- und nachstationärer Behandlung
- 15 ■ Freie Psychotherapieplätze melden (A)
- 15 ■ Abwesenheits-/Vertretermeldung (A)
- 16 ■ Impfausweise: Krankenkassen übernehmen Kosten
- 16 ■ Aufgepasst – ambulante Operateure

Veranstaltungen

- 16 ■ 23. Tag der Medizinischen Fachangestellten (A)

Fortbildung

- 17 ■ Fortbildungspflicht und Praxisabgabe
- 17 ■ Angebote der Management Akademie (MAK) (A)
- 23 ■ Angebote für Medizinische Fachangestellte

* Bitte beachten Sie: Zu den mit (A) gekennzeichneten Artikeln liegen Anlagen bei.

Abrechnungs- und Honorarberatung persönlich an allen Standorten

Ihre kompetenten Ansprechpartner der Abrechnungsberatung erreichen Sie telefonisch, auch zur Vereinbarung eines persönlichen Beratungstermins, unter
Telefon 0711 7875-3397
E-Mail abrechnungsberatung@kvbwue.de

Wichtige Informationen zur Abrechnungsabgabe

Einreichungstermin für die Abgabe der Abrechnung für das Quartal 4/2015

7. Januar 2016

Dieser Abrechnungstermin kann ohne Rückmeldung bis zu zwei Wochen überschritten werden. Überschreiten Sie den spätestmöglichen Abgabetermin am 21. Januar 2016 ohne schriftliche Genehmigung, ist dies gebührenpflichtig.

Online-Abrechnung

Die Abrechnung und die erforderlichen elektronischen Dokumentationen (Hautkrebs-Screening, Koloskopie, Dialyse) werden über das Mitgliederportal oder über D2D übermittelt. Dabei müssen die Abrechnungsdaten mit dem Kryptomodul der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kodiert werden. Unverschlüsselte Daten können nicht bearbeitet werden

ACHTUNG: Sollten Sie noch einen Browser verwenden, bei dem TLS (Nachfolger von SSL 3.0, also auch ein Verschlüsselungsstandard zur sicheren Datenübertragung im Internet) nicht aktiviert ist, können Sie nicht mehr auf unser Mitgliederportal zugreifen. Bitte installieren Sie rechtzeitig die aktuellste Version Ihres Browsers und vergewissern Sie sich, dass bei dieser TLS eingestellt ist

KV-Mitarbeiter helfen gerne bei der Einreichung der Abrechnung an Online-Terminals an allen Standorten

Wir stellen in den Räumen der KV in Freiburg, Karlsruhe, Mannheim, Reutlingen und Stuttgart die entsprechende Infrastruktur zur Online-Abrechnung zur Verfügung. Dort können Sie an einem bereitgestellten Arbeitsplatz selbstständig auf das Mitgliederportal zugreifen und Ihre Online-Abrechnung einreichen. Wenn Sie

diesen Service nutzen möchten, bringen Sie bitte zusätzlich zu Ihrer verschlüsselten Abrechnungsdatei auch unbedingt Ihren persönlichen Benutzernamen und das Kennwort für den Zugang zum Mitgliederportal mit.

Zum Umgang mit Begleitpapieren

Da die notwendigen Begleitpapiere zur Online-Abrechnung derzeit noch nicht elektronisch eingereicht werden können, wurde für die postalische Übersendung ein zentrales Postfach eingerichtet. Alle begleitenden Abrechnungsunterlagen gehen an den zentralen Abrechnungseingang in die Joseph-Meyer-Str. 17, 68167 Mannheim.

Kostenloser Versand (A)

Die Abrechnungsunterlagen können Sie uns mit dem beigelegten, frankierten und adressierten Rückumschlag kostenfrei und bequem an die richtige Adresse übermitteln. Einige Unterlagen sind in der Vergangenheit als Einschreiben bei uns eingegangen. Die Sicherheit von Briefen ist jedoch hoch genug; daher müssen die Begleitunterlagen nicht per Einschreiben eingereicht werden.

Wichtige Information zur Sammelerklärung

Ab dem Quartal 4/2015 wurde die Sammelerklärung in folgenden Punkten angepasst:

- Unter Punkt 1 ist künftig die Angabe der Anzahl der Dateien erforderlich, mit der die Einreichung /Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt. (Bitte Anzahl der Abrechnungsdateien ohne Dokumentationsdateien angeben.)
- **Achtung wichtige Änderung!** Der Punkt 2 wurde inhaltlich neu formuliert. Wenn Sie im Abrechnungsquartal keinen Vertreter oder Assistenten beschäftigt haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Haben Sie dagegen einen Vertreter oder Assistenten beschäftigt, kreuzen Sie bitte „ja“ an und tragen bitte den Namen und die Beschäftigungszeit ein.

Abrechnung

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen ist bei MVZ neben der Unterschrift des ärztlichen Leiters auch die Unterschrift des Vertretungsberechtigten (Geschäftsführers) notwendig. Bei Berufsausübungsgemeinschaften müssen alle Mitglieder die Erklärung unterschreiben.

Was wir für die Abrechnung benötigen:

Immer die Sammelerklärung (diesem Rundschreiben beigelegt oder als Download von der Homepage). Und falls vorhanden zusätzlich:

- Scheine von Sozialämtern und Asylbewerbern, versehen mit Ihrem Stempel,
- Rechnungsnachweise bei Abrechnung von Sachkosten,
- Anerkennungsbescheide bei Psychotherapie,
- Behandlungspläne bei IVF

Was verbleibt in der Praxis:

- Behandlungsausweise der sonstigen Kostenträger:
 - Bundeswehr,
 - Postbeamte,
 - Polizei,
 - SVA/BVG/BE G,
 - Freie Arzt- und Medizinkasse – bitte mit zuständigem Kostenträger abrechnen,
 - BG-Fälle – bitte mit zuständigem Kostenträger abrechnen,
- Protokoll des KBV-Prüfmoduls,
- Scheinzahlzusammenstellung,
- Bestätigung über den Empfang der elektronischen Onlineabrechnung/Eingangsbestätigung.

Information zu den laufenden Honorarverhandlungen 2016

Die Honorarverhandlungen für das Jahr 2016 sind noch nicht abgeschlossen, dennoch ist abrechnungstechnisch für das 1.Quartal 2016 zunächst folgendes relevant:

Der Orientierungswert beträgt ab 01.01.2016 10,4361 Cent (Bundeswert)

Folgende Förderungen bleiben abrechnungsfähig, zum Beispiel:

- Zuschlag (GOP 99985) zum hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03362 EBM) in Höhe von 4,00 EUR,
- Zuschlag (GOP 99983) zur praxisklinischen Beobachtung und Betreuung nach den GOP 01510, 01511, 01512 EBM in Höhe von 20,00 EUR,
- Zuschlag (GOP 99995) zur subkutanen Immuntherapie (SCIT) nach der GOP 30130 EBM in Höhe von 3,00 EUR,
- Zuschlag (GOP 99980) zu den Besuchen in beschützenden Einrichtungen oder Alten-/Pflegeheimen durch Haus- und Fachärzte nach den GOP 01410P, 01410H, 01413P in Höhe von 12,50 EUR pro Fall,
- Pauschale (GOP 99620) in Höhe von 8,50 EUR für die Mitwirkung an der Förder- und Behandlungsplanung im Rahmen der Früherkennung und Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
- Förderung besonderer Leistungen (GOP 99981) bei Besuchen im Pflegeheim an den fünf Modellstandorten des Pflegeheimforschungsprojekts des Sozialministeriums Baden-Württemberg in Höhe von 25 EUR je Versicherten und Quartal.

Die K-Förderung im ambulanten Operieren bleibt erhalten mit der Maßgabe, dass, wie im Jahre 2015 angekündigt, zum 01.01.2016 die K1-Förderung auf die Förderung der Venenchirurgie, also auf die Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna, saphena parva und Vv saphena magna et parva (OPS-Codes 5-385.70, 5-385.72 und 5-385.74), begrenzt wird.

Sobald es zu einer verbindlichen Einigung kommt, werden wir Sie umfassend informieren. Dann werden wir auch die Gesamtübersicht über besonders förderungswürdige Leistungen sowie die Einzelleistungen im 1. Quartal 2016 auf unserer Homepage veröffentlicht: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht, Suchbegriff: „Einzelleistungen“.

Auf Anforderung senden wir Ihnen diese auch gerne zu. Im Zuge dessen veröffentlicht die KVBW auch den ab 01.01.2016 gültigen K-Katalog.

Überprüfung von DMP-Leistungen

Mit der Abrechnung des Quartals 1/2014 wurde eine quartalsgleiche Prüfung der DMP-Dokumentationen eingeführt: Dabei wird geprüft, inwieweit für die abgerechnete Dokumentation auch eine vollständige, plausible und fristgerechte Dokumentation bei der zuständigen Datenstelle eingegangen ist.

Mit dem Quartal 1/2016 soll eine entsprechende Prüfung auf die wirksamen DMP-Einschreibungen der Patienten nach den Teilnehmerverzeichnissen der Kassen eingeführt werden. **Dadurch können nachgehende Anträge der Kassen auf Korrektur der Leistungen vermieden werden, was bisher immer zu großem Ärger und Aufwand in den Praxen geführt hat.** Denn nur für wirksam in ein Programm eingeschriebene Patienten ist auch die Abrechnung entsprechender DMP-Leistungen möglich. Hierfür werden die Kassen die entsprechenden Informationen an die KVBW übermitteln. Derzeit werden entsprechende Testungen für die Quartale 2 und 3/2015 durchgeführt. Für das Quartal 4/2015 werden dann Hinweise für den Fall erfolgen, dass Leistungen für nicht wirksam eingeschriebene Patienten abgerechnet wurden. Ab dem Quartal 1/2016 erfolgen schließlich in diesen Fällen Korrekturen.

Sollten in der Praxis Nachweise für eine gültige Einschreibung dennoch vorliegen (Exemplar der Teilnahmeerklärung für den Arzt mit Arztstempel, Datum und Unterschriften von Arzt und Patient), kann eine Korrektur im Widerspruchsverfahren erfolgen.

Nach ersten Testergebnissen ist es für die Prüfungen problematisch, wenn die Erstdokumentation übersandt und abgerechnet wird, dann aber die Teilnahmeerklärung erst im Folgequartal oder später übermittelt wird. Um in diesen Fällen Streichungen und gegebenenfalls später weitere Korrekturen zu vermeiden, ist es angezeigt, die Teilnahmeerklärungen zeitgleich oder zumindest zeitnah mit den Erst- und gegebenenfalls Folgedokumentationen an die Datenstellen zu übermitteln. In den Hinweisen für das Quartal 4/2015 sind gegebenenfalls solche Fallkonstellationen bereits enthalten.

Männerbehandlung durch Gynäkologen grundsätzlich fachfremd – bei Transsexualität und Mammakarzinom akzeptiert

Nach berufsrechtlichen Vorgaben ist es Gynäkologen grundsätzlich versagt, Männer zu behandeln. Allerdings besagt die höchstrichterliche Rechtsprechung, dass von dieser berufsrechtlichen Vorgabe Ausnahmen möglich erscheinen. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg akzeptiert daher künftig Männerbehandlung bei Transsexualität (F 64.0 G) sowie die Behandlung bei begründetem Verdacht und gesichertem Vorliegen eines Mammakarzinoms (C 50.0 – C 50.9; jeweils Diagnosesicherheit V oder G) beim Mann.

Abrechnung im Ersatzverfahren: Wann kann auch ohne gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgerechnet werden?

Das sogenannte Ersatzverfahren wird angewendet, wenn die eGK nicht verwendet werden kann. Hierzu führt der einheitliche Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) folgende Gründe auf:

- Die auf der vorliegenden eGK verzeichnete zuständige Krankenkasse oder die Versichertenart hat sich geändert,
- die Karte ist defekt,
- das Kartenterminal oder der Drucker sind defekt,
- die Karte kann bei einem Hausbesuch nicht benutzt werden, weil kein entsprechendes Lese-Gerät zur Verfügung steht.

Darüber hinaus kommen Sachverhalte vor, in denen aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Analogie zum oben genannten Ersatzverfahren ein Abrechnungsschein ebenfalls ohne Vorlage der eGK ausgestellt werden kann, zum Beispiel:

- wenn im laufenden Quartal ausschließlich Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (zum Beispiel telefonische Beratung) stattfanden,
- wenn ein entsprechender Versicherungsnachweis vorgelegt wird. (In Einzelfällen kann für die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U3 ein Abrechnungsschein ausgestellt werden, wenn die eGK noch fehlt. Für die ersten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 und U2 kann gemäß BMV-Ä auf einem mit der eGK eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein abgerechnet werden. Von dieser Regelung ist die U3 jedoch nicht umfasst, insofern sollte zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich eine eGK für das Kind vorliegen.)

Folgende Daten müssen in diesen Fällen erhoben und auf dem Abrechnungsschein beziehungsweise sonstigen Vordrucken eingetragen werden:

- die Bezeichnung der Krankenkasse,
- der Name und das Geburtsdatum des Versicherten,
- die Versichertenart,
- die Postleitzahl des Wohnortes
- und nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer.

Der Versicherte (beziehungsweise dessen gesetzlicher Vertreter) bestätigt durch seine Unterschrift die Mitgliedschaft beim angegebenen Kostenträger.

Persönliche Leistungserbringung in der Labormedizin und Molekulargenetik

Vereinzelt sind in der letzten Zeit Auffälligkeiten im Bereich persönliche Leistungserbringung im Zusammenhang mit labormedizinischen Untersuchungen und molekulargenetischen Leistungen festgestellt worden. Daher möchte die KVBW darüber informieren.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gilt die (im Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) geregelte) Ausnahme vom Gebot der persönlichen Leistungserbringung nur für die den jeweiligen Patienten behandelnden Ärzte (§ 25 Abs. 3 BMV-Ä). Diese können den Teil 3 der labormedizinischen Befunderhebung von Untersuchungen des Abschnitts 32.2 gegebenenfalls bei der Laborgemeinschaft, deren Mitglied sie sind, mittels Vordruck 10a anweisen. Wenn ein Laborarzt eine Überweisung zur Durchführung von Laboruntersuchungen erhält, darf er diese Leistung nicht wiederum bei einer Laborgemeinschaft, deren Mitglied er ist, anfordern, sondern muss diese Leistung persönlich erbringen. Laborärzte, die keinen Patientenkontakt haben, dürfen keine Analysen aus Laborgemeinschaften beziehen (Urteil vom 13.05.2015, Az.: B 6 KA 27/14 R).

Die Durchführung der Analyseleistungen der Abschnitte 32.3, 1.7, 11.3, 11.4 und 30.12.2 müssen hingegen von dem diese Gebührenordnungspositionen abrechnenden Arzt nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht und können nicht bezogen werden (§ 25 Abs. 2 Nr. 2 BMV-Ä).

Für weitere Fragen steht Ihnen unsere Abrechnungsberatung gerne zur Verfügung.
0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Finanzwesen

Haushalt und Verwaltungskostensätze für 2016

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 2. Dezember 2015 den Haushalt 2016 und die Verwaltungskostensätze für 2016 festgesetzt.

Damit ergeben sich ab 1. Januar 2016 (Honorarabrechnung 4/2015 bis 3/2016) folgende Verwaltungskostensätze:

	Verwaltungskostensätze	
	2015	2016
Elektronische Abrechner	2,54 v. H.	2,54 v. H.
Manuelle Abrechner	4,20 v. H.	4,20 v. H.

	landeseinheitliche Sicherstellungsumlage	
	2015	2016
umsatzabhängige prozentuale Umlage	0,4319 v. H.	0,4319 v. H.
umsatzunabhängige monatliche Kopfpauschale (Quartale: 1/2016-3/2016)	59,00 Euro	59,00 Euro
Strukturpauschale: für alle Notfallpraxen unabhängig von der Trägerschaft für GKV-Einnahmen im Notfall- und Bereitschaftsdienst (ohne Selbstfahrer des Fahrdienstes) sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für sonstige Ärzte	5,00 v. H.	5,00 v. H.

Aufgrund vertraglicher Vereinbarungen und sonstiger Regelungen werden noch weitere Verwaltungskosten und Gebühren erhoben.

Terminübersicht für die Abschlagszahlungen

Generell überweist die KVBW Abschlagszahlungen voraussichtlich jeweils am 25. eines Monats. Fällt dieser auf ein Wochenende oder einen Feiertag, dann gilt der darauf folgende Werktag. Auf die Wertstellung von Abschlagszahlungen hat die KVBW keinen Einfluss. Bei verspäteten Buchungen sollten sich Ärzte deshalb mit ihrer Bank in Verbindung setzen.

Terminübersicht für das 4. Quartal 2015:

Dienstag, 22. Dezember 2015

Terminübersicht für das 1. Quartal 2016:

Montag, 25. Januar 2016
 Donnerstag, 25. Februar 2016
 Dienstag, 29. März 2016

Auszahlungstermin März 2016

Im März 2016 fällt der Auszahlungstermin auf die Osterfeiertage. Daher erfolgt die Abschlagszahlung erst am 29. März 2016.

Amtliche Bekanntmachungen

Änderung der Satzung der KVBW: Terminservicestellen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 2. Dezember 2015 Folgendes beschlossen:

„Die Satzung der KVBW in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 16.10.2009 geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 21.04.2010, 05.12.2012, 07.10.2015, in Kraft mit Wirkung vom 01.11.2015, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 4 Satz 2 wird nach dem Wort „auch“ folgender Einschub eingefügt:

„die ausreichende und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung durch die von der KVBW eingerichtete Terminservicestelle sowie“

2. Dem § 5 Abs. 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Das Recht und die Pflicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung umfasst auch das Recht und die Pflicht der Fachärzte zur Mitwirkung an der ausreichenden und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung durch Meldung von Terminen an die von der KVBW eingerichtete Terminservicestelle. Die Meldung der Termine erfolgt freiwillig. Reicht die gemeldete Anzahl der Termine nicht aus, wird der Vorstand ermächtigt, die Fachärzte fachgruppenspezifisch und differenziert nach Regionen zur Meldung einer von ihm vorgegebenen Anzahl von Terminen zu verpflichten. Diese Anzahl kann der Vorstand nach Bedarf weiter anpassen.“

Die Änderungen der Satzung treten vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde zum 01.01.2016 in Kraft.“

Die Änderung wird hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg als Aufsichtsbehörde zum 1. Januar 2016 in Kraft.

Änderung der Richtlinie der KVBW zur Förderung von nicht von der KVBW betriebenen Notfallpraxen (Förderrichtlinie Notfallpraxen) (A)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 7. Oktober 2015 die 2. Änderung der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Förderung von nicht von der KVBW betriebenen Notfallpraxen (Förderrichtlinie Notfallpraxen) vom 23.10.2013 beschlossen. Der vollständige Text der Änderung ist als Anlage zu diesem Rundschreiben beigefügt. Die Änderung wird hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt zum 1. Januar 2016 in Kraft. Auf der Internetseite der KVBW finden Sie eine vollständige Fassung der obigen Richtlinie mit dem aktuellen Stand zum 01.01.2016.

Vertragsarztsitze werden auf der Homepage der KVBW bekannt gemacht

Gemäß der Satzung der KVBW kann die Veröffentlichung ausgeschriebener Vertragsarztsitze auch im Internet unter der Internetadresse der KVBW erfolgen. Sie finden die Übersicht der ausgeschriebenen Vertragsarztsitze unter den Top-Themen auf www.kvbawue.de über den Button „Ausgeschriebene Vertragsarztsitze“. Auf Anforderung kann diese Übersicht im Einzelfall auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Sie erhalten diese über 0721 5961-1313 oder per E-Mail über praxisausschreibungen@kvbawue.de. Der Antrag zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes muss direkt beim Zulassungsausschuss gestellt werden. Dieser entscheidet, ob der Vertragsarztsitz in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, weitergeführt werden soll. Ist dies der Fall, hat die KVBW den Vertragsarztsitz unverzüglich auszuschreiben.

Rechtsprechung

Wenn Sie weitere Fragen zu den Ausschreibungsverfahren haben, hilft Ihnen Claudia Burger gerne weiter:
0721 5961-1248, claudia.burger@kvbawue.de

Allgemeine Fragen beantwortet die Kooperations- und Niederlassungsberatung:
0761 884-3700, kooperationen@kvbawue.de

Bei der Praxisbörse auf der Homepage der KVBW können frei werdende Räumlichkeiten angeboten werden:
www.kvbawue.de » Börsen » Praxisbörse

Bei Arzneimittelverordnung Wirtschaftlichkeit geboten

Vertragsärzte müssen die preisgünstigste Bezugsquelle für die Verordnung von Arzneimitteln wählen. Dazu seien sie im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots verpflichtet, entschied das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 13. Mai 2015 (Az: B 6 KA 18/14). Im vorliegenden Fall hatte eine Allgemeinärztin einem an der Bluterkrankheit leidenden Patienten wiederholt den Gerinnungsfaktor VIII Inters 1.000 DFL verordnet. Sie wurde daraufhin zu Regressen verurteilt und legte Widerspruch ein. Der jedoch wurde abgelehnt. Begründung des Beschwerdeausschuss: Die Mehrkosten hätten durch den möglichen Direktbezug des Faktorenpräparats über den Hersteller vermieden werden können. Darüber sei die Klägerin auch durch Mitarbeiter der Krankenkasse informiert worden. Diese Entscheidung hat das Landessozialgericht aufgehoben. Auch wenn die Voraussetzungen für einen Direktbezug vorgelegen hätten, gebe es keine Rechtsgrundlage für eine Verpflichtung der Klägerin, diesen Bezugsweg zu nutzen.

Gegen die Entscheidung legte die Krankenkasse Revision beim Bundessozialgericht ein. Sie machte geltend, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot Vertragsärzte immer dazu verpflichtet, den günstigsten Bezugsweg zu wählen. Auch unterlägen Gerinnungsfaktoren nicht der Rabattierungspflicht.

Das BSG gab nun der Krankenkasse Recht. Die Regressfestsetzung durch den beklagten Beschwerdeausschuss sei rechtmäßig, weil die Ärztin gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen habe. Sie habe den benötigten Gerinnungsfaktor verordnet, statt diesen direkt beim Hersteller zu beziehen und selbst an den Patienten abzugeben. Zwar gebe es keine direkte gesetzliche Verpflichtung, den direkten Bezugsweg zu wählen, diese ergebe sich jedoch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Der Direktbezug dränge sich überdies aus dem exorbitanten Kostenunterschied von 4.000 Euro pro Quartal auf. Die Ärztin verfüge zudem über die für den Direktbezug geforderte Qualifikation. Auch die Höhe des Regresses sei nicht zu beanstanden, denn bei der Abgabe von Gerinnungsfaktoren sei auch von der Apotheke kein Herstellerrabatt zu gewähren.

Verträge und Richtlinien

Ein Jahr Diabetes-Vertrag mit der DAK-Gesundheit

Die KVBW und die DAK-Gesundheit haben zum 1. Januar 2015 einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus abgeschlossen.

Mittlerweile nehmen annähernd 800 Ärzte an diesem Versorgungskonzept teil. Durch die Einführung des Selektivvertrags konnten bereits im zweiten Quartal 2015 vor allem in den Versorgungsfeldern „Diabetesleber“ und „LUTS“ im Vergleich zu den Vorjahren deutlich mehr diabetesbegleitende Komplikationen bei den Versicherten der DAK-Gesundheit frühzeitig entdeckt werden.

Im Rahmen des Vertrags können in bisher fünf definierten Versorgungsfeldern Versorgungsprogramme zur Früherkennung diabetesbegleitender Komplikationen durchgeführt werden. Bei Entdeckung einer Begleiterkrankung erfolgt eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch die komplikationsspezifischen Weiterbetreuungsprogramme, die je Versorgungsfeld zweimal im Kalenderjahr durchgeführt werden können. Die Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme werden mit jeweils 20 Euro extrabudgetär vergütet. Dies bedeutet bei Diabetikern mit Komplikationen eine zusätzliche Vergütung von bis zu 200 Euro pro Jahr.

Die selektivvertraglichen Leistungen können auch für Patienten, die ins DMP Diabetes mellitus oder ins Hausarztprogramm eingeschrieben sind, erbracht werden.

Am Diabetes-Vertrag der DAK-Gesundheit können alle im Bereich der KVBW zugelassenen und ermächtigten Hausärzte, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Diabetologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie teilnehmen, die gemäß § 95 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind und durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus je Quartal betreuen. Die Teilnahme erfolgt durch Rücksendung des von der KVBW zur Verfügung gestellten, unterzeichneten Beitrittsformulars.

Der Selektivvertrag ist besonders bürokratiearm, da keine weiteren, über die reguläre Praxisdokumentation hinausgehenden Dokumentationspflichten bestehen.

Die Vereinbarung finden Sie auf der Homepage der KVBW unter: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A- Z » Diabetes

Weitere Informationen:

Antonella Sciarretta

0761 884-4384, antonella.sciarretta@kvbawue.de

Abrechnungsberatung

0711 7875-3397, abrechnungsberatung@kvbawue.de

Heimat Krankenkasse (BKK) beendet zum 31. Dezember 2015 ihre Teilnahme an der Schutzimpfungsvereinbarung

Das heißt, ab dem 1. Januar 2016 sind für Versicherte der Heimat Krankenkasse (BKK) (VKNR 19418, IK 103724238) die Impfstoffe der Satzungsleistungen (Hepatitis B und Influenza für bestimmte Personengruppen, siehe unten) auf Privatrezept zu verordnen und solche Impfleistungen privat abzurechnen.

Satzungsleistungen sind Leistungen, die die Krankenkassen zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen freiwillig gewähren können. Im Bereich der Schutzimpfungen sind in Baden-Württemberg die Influenza-Impfung für Personen <60 Jahre (ohne chronische Erkrankung und erhöhte Infektionsgefahr) und für alle Erwachsenen die Hepatitis-B-Impfung (ohne chronische Erkrankung und erhöhte Infektionsgefahr) als Satzungsleistung vereinbart.

Die Impfungen, auf die Versicherte einen gesetzlichen Anspruch haben, sind in der Anlage I der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt. Diese Pflichtleistungen unterliegen keiner Änderung.

Die Vereinbarung steht auf unserer Homepage zum Download bereit: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht. Gerne stellen wir Ihnen diese auch im Einzelfall in Papierform zur Verfügung.

Für weitere Informationen steht Ihnen die Gruppe Beratung Verordnungsweise gerne zur Verfügung.
0711 7875-3669
verordnungsberatung@kvbawue.de

Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie mit der AOK BW

Die KVBW und die AOK BW haben zum 1. Oktober 2015 eine Änderungsvereinbarung zur Präzisierung der medizinischen Indikationen für den oben genannten Venentherapievertrag abgeschlossen.

Bei den Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten wurde folgende Ergänzung der Kriterien vorgenommen, die bei den zu behandelnden Versicherten zusätzlich im Zeitpunkt der Erbringung der Venenbehandlung vorliegen müssen:

*„Außerdem soll sonographisch am distalen Oberschenkel die *V.saphena magna* im Stehen einen Durchmesser $\geq 5\text{mm}$ und die *V.saphena parva* an der mittleren Wade einen Durchmesser $\geq 3\text{mm}$ aufweisen. Dies ist zu dokumentieren.“*

Die Anwendung der erweiterten Zugangskriterien ist mit Wirkung zum 1. Januar 2016 von den am Vertrag teilnehmenden Ärzten umzusetzen.

Die Venentherapievereinbarung und weitere Informationen zum oben genannten Versorgungskonzept finden Sie auf der Homepage der KVBW unter: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A-Z » Venentherapie

Weitere Informationen:
Carmen Braun, 0711 7875-3288
carmen.braun@kvbawue.de
Abrechnungsberatung, 0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Verträge zu Früherkennungsuntersuchungen zwischen TK, AG Vertragskoordinierung und BVKJ-Service GmbH

Die oben genannten Verträge der TK zur Durchführung zusätzlicher U10-/U11-/J2-Untersuchungen werden aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben zum 1. Januar 2016 in folgenden Punkten geändert:

Die anspruchsberechtigten Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich mittels der durch die BVKJ-Service GmbH und die KVBW zur Verfügung gestellten Teilnahmeerklärung. Die Arztpraxis übermittelt der Techniker Krankenkasse unverzüglich die vom Versicherten unterzeichnete Teilnahmeerklärung an die auf der Teilnahmeerklärung genannten Faxnummer beziehungsweise Annahmestelle.

Die Teilnahme aller teilnahmeberechtigten Ärzte erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KVBW durch das von der KVBW zur Verfügung gestellten Formular. Die Teilnahme am Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die KVBW dem Vertragsarzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Den Vertrag und alle benötigten Formulare finden Sie ab dem 1. Januar 2016 auf der Homepage der KVBW unter: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A-Z » Früherkennung und Frühförderung

Weitere Informationen:
Ina Berg, 0711 7875-3291
ina.berg@kvbawue.de
Abrechnungsberatung 0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren künftig kombinierbar

Durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie können seit 16.10.2015 auch die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie – ebenso wie die Verhaltenstherapie – jeweils als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt werden.

Die zur Verfügung gestellten Kontingente entsprechen denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Dabei wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent von Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt. Entsprechend wird die in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingent von Gruppentherapie als Doppelstunde gezählt.

Verständigen sich Therapeut und Patient darauf, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, muss vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden. Wird ein Patient gleichzeitig von verschiedenen Therapeuten behandelt, stimmen sie – mit Einverständnis des Patienten – ihre jeweiligen Gesamtbehandlungspläne ab und informieren sich gegenseitig über den Verlauf der Behandlung.

Die Abrechnung der kombinierten Therapie erfolgt entsprechend der im EBM verzeichneten GOP.

Auswirkungen der Änderungen werden evaluiert

Innerhalb von vier Jahren wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Basis von Routinedaten prüfen, wie sich die Flexibilisierung auf die Inanspruchnahme der Gruppentherapie – auch in Relation zur Einzeltherapie und entsprechenden Kombinationen – auswirkt und ob das Ziel einer besseren Versorgung der Patienten erreicht wird.

Die Psychotherapie-Richtlinie mit den Änderungen in § 19 und § 23b kann auf der Homepage des G-BA nachgelesen werden:

www.g-ba.de » Informationen » Richtlinien

Änderung der Vereinbarung nach § 106 Abs.3 SGB V zur Überwachung der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung Baden-Württemberg)

Wenn die gemeinsame Prüfungsstelle Baden-Württemberg zukünftig im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung Regresse festsetzt, wird die Regresssumme in den Bescheiden getrennt nach Versorgungsbereichen (vertragsärztlich/kollektivvertraglich bzw. außervertrags-ärztlich/selektivvertraglich) ausgewiesen. Die KVBW zieht im Rahmen der Quartalsabrechnung nur noch den Teil der Beträge ein, der auf den kollektivvertraglichen Versorgungsbereich entfällt.

Die aktuelle Fassung der Vereinbarung finden Sie zum Download auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A-Z » Wirtschaftlichkeit-Plausibilität/Prüfvereinbarung. Gerne stellen wir Ihnen diese auch im Einzelfall in Papierform zur Verfügung.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Gruppe

Betreuung Prüfverfahren:

Andreas Hoffmann, 0721 5961-1154,

Loredana Seibert, 0721 5961-1200,

pruefverfahren@kvbawue.de

Service für Arzt und Therapeut

Infoveranstaltungen zu Terminservicestellen in Planung

Der Geschäftsbereich Service und Beratung plant eine Reihe von Veranstaltungen, in denen Ärzte und Medizinische Fachangestellte zu den aktuellen gesetzlichen Regelungen, zum derzeitigen Planungsstand und über die konkrete Umsetzung der Terminservicestellen informiert werden sollen. Die genauen Termine sind noch in der Planung und werden in einer der nächsten Publikationen sowie im Internet veröffentlicht.

DocLineBW – rasche und koordinierte Beratung im Krisenfall

... ist für Sie da, wenn sich Ihre Praxis in einer finanziellen oder existenziellen Krisensituation befindet.

... garantiert, dass Sie von der KVBW innerhalb von acht Arbeitstagen Rückmeldung zu möglichen Lösungsansätzen beziehungsweise Handlungsalternativen sowie Hilfe zum weiteren Vorgehen erhalten.

... übernimmt die KV-interne Koordination für eine schnelle und unbürokratische Bearbeitung Ihrer DocLineBW-Anfrage.

DocLineBW ist erreichbar:
Telefon 0711 7875-3300
Telefax 0711 7875-483300
E-Mail doclinebw.praxisservice@kvbawue.de
Internet www.kvbawue.de » Über uns » Engagement »
DocLineBW

Patiententelefon „MedCall“ bietet exklusiven Infoservice für Patienten und Mitglieder

„MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ unterstützt die Bürger bei der Suche nach einem wohnort-

nahen Arzt oder Psychotherapeuten. Für KVBW-Mitglieder ergibt sich daraus die Chance, auf Praxisbesonderheiten und spezielle Qualifikationen aufmerksam zu machen. Medcall hilft auch bei der Suche nach ärztlichen Kollegen mit speziellen Qualifikationen. Wer von diesem Service profitieren möchte, muss lediglich einen Fragebogen ausfüllen und seine Teilnahme mit einer Unterschrift bestätigen.

Ab sofort können Sie den fachgruppenspezifischen Fragebogen der Patienteninformation MedCall im Mitgliederportal als PDF downloaden oder über die Eingabemaske Ihr individuelles Praxisspektrum abbilden. Einfache Abwicklung und Rücksendung des Fragebogens über den hierfür vorgesehenen Button als E-Fax.

www.portal.kvbawue.de

Gern senden wir Ihnen den fachgruppenspezifischen Fragebogen auf Wunsch zu.

Anruf genügt!
0711 7875-3309

Hotline zum Thema Praxisaufkauf

Wenn Arztpraxen in einem nach der Bedarfsplanung rechnerisch übertersorgten Gebiet liegen, sollen sie von der KV aufgekauft werden. So will es das Versorgungsstärkungsgesetz. Die Aufkaufregelung von Arztsitzen gilt zwar erst bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent, doch die Verunsicherung unter Ärzten, die ihre Praxis aufgeben wollen, bleibt. Daher hat die KVBW eine Hotline eingerichtet, an der täglich zwischen 8 und 16 Uhr die Niederlassungsberater für die drängenden Fragen der Ärzte und Psychotherapeuten bereitstehen. Sie informieren über die veränderte gesetzliche Lage, schätzen die Versorgungssituation ein, helfen bei der Beurteilung des Einzelfalles, auch unter Berücksichtigung der Tendenzen der Zulassungsausschüsse, und geben konkrete Tipps und individuelle Handlungsempfehlungen. Daneben wird umfangreiches Informationsmaterial auf die Homepage gestellt. Konkrete Beratungswünsche können über die E-Mailadresse an die Niederlassungsberater geschickt werden.

Hotline Praxisaufkauf:
0711 7875-3700
kooperationen@kvbawue.de

Beratung Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit

So gut wie kein Arzneimittel ist für die Versorgung von Schwangeren oder stillenden Müttern zugelassen. Doch die werdende oder stillende Mutter muss behandelt und versorgt werden, ohne das Kind zu schädigen. Die Klärung dieser Frage ist sowohl für die Patientinnen, als auch die behandelnden Ärzte oft mit großer Unsicherheit verbunden.

Die KVBW hat daher für ihre Vertragsärzte Kooperationen vereinbart, die Anfragen bezüglich Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit entgegennehmen und individuelle Beratungen ermöglichen.

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

www.embryotox.de
Telefon: 030 30308-111 (Beratung)
Fax: 030 30308-122

Institut für Reproduktionstoxikologie, Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg

www.reprotox.de
Telefon: 0751 872799
Fax: 0751 872798

Die KVBW hat das Verordnungsforum 32 zum Thema Arzneimittel in der Schwangerschaft veröffentlicht, das Sie auf der Homepage finden: www.kvbawue.de » Presse » Verordnungsforum

Auch die Fachberater der KVBW stehen Ihnen jederzeit zur Verfügung:
0711 7875-3663, verordnungsmanagement@kvbawue.de

Persönliche Beratungstermine zu QM und Praxismanagement

An den Standorten Reutlingen und Stuttgart können Beratungstermine jederzeit individuell vereinbart werden. Jeden ersten Mittwoch im Monat steht in den Bezirksdirektionen Freiburg und Karlsruhe ein Mitarbeiter des QM-Beraterteams für persönliche Gespräche und Beratungen rund um die Themen Qualitätsmanagement und Praxismanagement vor Ort zur Verfügung.

Terminvereinbarung bitte vorab telefonisch unter 07121 917-2394.

Die nächsten Termine in Freiburg und Karlsruhe sind:
Mittwoch, 13. Januar 2016
Mittwoch, 3. Februar 2016
Mittwoch, 2. März 2016

Persönliche BWL-Beratungstermine

An den Standorten Freiburg, Karlsruhe, Reutlingen und Stuttgart können betriebswirtschaftliche Beratungstermine jederzeit individuell vereinbart werden.

Terminvereinbarung bitte vorab telefonisch unter 0711 7875-3300.

Verschiedenes

Abgrenzungsschwierigkeiten bei vor- und nachstationärer Behandlung - Merkblatt zu § 115a SGB V

Bei Abgrenzungsschwierigkeiten hinsichtlich der Aufgabenverteilung zwischen stationär und ambulant im Zusammenhang mit der vor- und nachstationären Behandlung von Patienten nach § 115a SGB V verweisen wir auf unser Merkblatt, das Sie auf unserer Homepage finden:



www.kvbawue.de » Praxis » Neue Versorgungsmodelle » Prä-/Poststationäre Versorgung

Um unsere Tätigkeit in der Koordinierungsstelle gemeinsam mit Ihnen optimieren zu können, haben wir den Meldebogen im Bereich „Hinweise für Terminvereinbarungsvorschläge“ ergänzt. Wir bitten Sie, diese zu beachten und gegebenenfalls anzugeben.

Bitte lassen Sie es uns auch wissen, wenn vorhandene Kapazitäten nicht mehr verfügbar sind. Selbstverständlich ist es auch für Ärzte und Therapeuten möglich, sich nach freien Kapazitäten telefonisch zu erkundigen.

www.portal.kvbawue.de

Noch Fragen? Auskunft erteilt gerne das Serviceteam unter Telefon 0711 7875-3309. Diese Servicenummer ist ausschließlich für Ärzte und Psychotherapeuten geschaltet

Freie Psychotherapieplätze bitte der KVBW melden (A)

Die Koordinierungsstelle für Psychotherapiekapazitäten bittet die psychologisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten um Mithilfe. Freie Psychotherapieplätze werden dringend gesucht, um Patientenanfragen über „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ zu koordinieren. Melden Sie daher Ihre freien Plätze an das Patiententelefon. Dazu füllen Sie bitte einfach das Faxformular in der Anlage aus oder melden Ihre freien Kapazitäten telefonisch.

Ab sofort können Sie den fachgruppenspezifischen Fragebogen und den Meldebogen für Psychotherapiekapazitäten der Patienteninformation MedCall im Mitgliederportal als PDF downloaden oder über die Eingabemaske Ihr individuelles Praxisspektrum abbilden: einfache Abwicklung und Rücksendung des Fragebogens über den hierfür vorgesehenen Button als E-Fax.

Abwesenheits-/Vertretermeldung (A)

Wir bitten Sie, für die Meldung der Abwesenheits- und Urlaubszeiten (ab dem achten Kalendertag der Abwesenheit ist diese gegenüber der KVBW anzuzeigen) das in der Anlage zu diesem Rundschreiben beigefügte Formular zu verwenden. Gerne können Sie dieses auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Niederlassung » Vertreter auch direkt ausfüllen und herunterladen.

Sie haben noch Fragen? Dann kontaktieren Sie unsere Niederlassungs- und Kooperationsberater unter der Hotline: 0761 884-4220.

Sie können uns Ihre Fragen und Anliegen auch per E-Mail zusenden: kooperationen@kvbawue.de

Veranstaltungen

Impfweis: Ab 2016 übernehmen Krankenkassen die Kosten

Die Krankenkassen übernehmen ab 1. Januar 2016 die Kosten für Impfweise für gesetzlich Krankenversicherte. Diesen Leistungsanspruch sieht das Präventionsgesetz vor.

In Baden-Württemberg können Impfweise kostenfrei beim Kohlhammer-Verlag bestellt werden. Das Bestellformular finden Sie auf unserer Homepage unter: www.kvbawue.de » Praxis » Service » Bestellservice

Für weitere Informationen steht Ihnen die Gruppe Beratung Verordnungsweise gerne zur Verfügung.
0711 7875-3669
verordnungsberatung@kvbawue.de

Aufgepasst – Ambulante Operateure

Aus gegebenem Anlass möchten wir freundlich darauf hinweisen, dass von der Klinik oder von niedergelassenen Kollegen, die eine ambulante Operation nach §115b durchführen und diese Patienten zur Nachbehandlung an andere niedergelassene Kollegen überweisen, die EBM-Nummer, OPS-Ziffer und das OP-Datum vermerkt werden müssen. Außerdem müssen wesentliche und wichtige Details der Operation auf dem entsprechenden Überweisungsschein respektive mitzugebendem OP-Bericht mitgegeben werden. Dies ist zwingend für die Versorgung notwendig.

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass es die interkollegiale Informationspflicht erfordert, den vor-, mit- und weiterbehandelnden Kollegen mit eben diesen Informationen den OP-Bericht mit den oben genannten Angaben zukommen zu lassen.

23. Tag der Medizinischen Fachangestellten (A)

am Samstag, 30. Januar 2016, 10.00 bis 17.00 Uhr im Rahmen der Messe MEDIZIN, Stuttgarter Messe.

Programm

10.00 Uhr

Begrüßung und Grußworte

Anschließend:

„Burn-out – eine Diagnose nicht nur bei Patienten!“

Referent/in: N.N.

12.30 bis 13.30 Uhr

Mittagspause und Möglichkeit zum Besuch der Fachausstellung

13.30 Uhr

Souveräner Umgang mit schwierigen Patienten

Referentin: Ariane Hanfstein,

Systemischer Führungskräfte- und Teamcoach

Anmeldung:

VmF – Verband medizinischer Fachberufe e.V.,

Stefanie Teifel, Anmeldefax im Anhang,

Telefax 07141 1336885, E-Mail: steifel@vmf-online.de

Anmeldeschluss: 18. Januar 2016

Fortbildungen

Fortbildungspflicht und Praxisabgabe

Wenn beabsichtigt ist, die Praxistätigkeit zu beenden, sollte man die Fortbildungspflicht nicht aus den Augen verlieren: Entsprechende Ärzte und Psychotherapeuten sammeln wegen einer geplanten Praxisabgabe keine Fortbildungspunkte mehr, da sie davon ausgehen, dass sie zum nächsten Stichtag zur Vorlage eines Fortbildungszertifikates nicht mehr in der ambulanten Versorgung tätig sein werden. Diese Vorgehensweise führt derzeit immer wieder zu Problemen. Wenn die Praxisabgabe nicht zustande kommt, weil kein Nachfolger gefunden wird, oder wenn dieser kurzfristig abspringt, muss das Honorar des Praxisinhabers gekürzt werden, wenn der oder die Betreffende zum Stichtag kein Zertifikat vorlegen kann. Der Gesetzgeber hat für diese Fälle keine Ausnahme vorgesehen, und die KV hat hier keinerlei Ermessen, von Honorarkürzungen abzusehen.

Übrigens beeinflusst auch ein Statuswechsel die Fortbildungsverpflichtung und den Nachweiszeitraum nicht. Einige Kollegen übergeben ihre Praxis an einen Nachfolger und lassen sich dann anstellen. Auch in diesen Fällen müssen die Betreffenden den Nachweis führen und zwar zum ursprünglichen Stichtag. Ansonsten führt auch dies zur Honorarkürzung bei fehlendem Fortbildungszertifikat.

Für weitere Informationen:

Judith Arlt, 0721 5961-1141

Bärbel Maier, 0711 7875-3116

Dagmar Wannemacher, 07121 917-2389

Die Angebote der Management Akademie (MAK)

Aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten finden Sie im Internet unter www.mak-bw.de.

Für weitergehende Fragen zu den Seminarinhalten, Terminen oder Seminarorten steht das Team der Management Akademie (MAK) gern zur Verfügung.

Telefon 0711 7875-3535

Telefax 0711 7875-483888

E-Mail info@mak-bw.de

Haben Sie Interesse? Dann sichern Sie sich Ihren Seminarplatz und füllen das in der Anlage beigefügte Anmeldefax der MAK aus.

Die MAK freut sich auf Ihren Besuch!



Fortbildung ist Trumpf: Die Angebote der Management Akademie (MAK) für das Quartal I / 2016

Abrechnung/Verordnung							
mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
EBM für Einsteiger	Haus-/Kinderarztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	24. Februar 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	6	R 01
EBM für Einsteiger	Facharztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	2. März 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	6	R 02
EBM-Workshop	Hausarztpraxen und Praxismitarbeiter	16. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	7	R 11
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	10. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	5	F 21
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	24. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	89,-	5	S 23
GOÄ für Fortgeschrittene	Ärzte, Praxismitarbeiter nicht für Psychotherapeuten	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	5	F 30
GOÄ für Fortgeschrittene	Ärzte, Praxismitarbeiter nicht für Psychotherapeuten	23. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	89,-	5	S 32
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	26. Februar 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	65,-	8	K 39
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel, Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Praxismitarbeiter	4. März 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	65,-	0	K 40
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ärzte und Praxismitarbeiter	19. Februar 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Reutlingen	45,-	3	R 47
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ärzte und Praxismitarbeiter	11. März 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Freiburg	45,-	3	F 49

Betriebswirtschaft / Zulassung

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Der Weg in die eigene Praxis Modul 1: Der Weg in die eigene Praxis Modul 2: Facharzt! Was nun? Modul 3: Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung Modul 4: Investition, Finanzierung und Steuern	Ärzte, die sich niederlassen wollen oder gerade erst niedergelassen haben. Nicht für Psychotherapeuten	Modul 1: 6. Februar 2016 Modul 2: 3. März 2016 Modul 3: 10. März 2016 Modul 4: 17. März 2016	10.00 bis 14.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr 17.30 bis 21.00 Uhr	BD Stuttgart	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich Modul 2-4: je 55,-	Modul 1: 5 Modul 2-4: 4	S 57/1 S 57/2 S 57/3 S 57/4
Die erfolgreiche Praxisabgabe	Ärzte und Psychotherapeuten	13. Februar 2016	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	45,-	4	S 62
Wer Steuern zahlt, darf auch Steuern sparen	Ärzte und Psychotherapeuten	9. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Tübingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	R 71
Schenken und vererben – aber richtig!	Ärzte und Psychotherapeuten	2. März 2016	17.00 bis 20.00 Uhr	BD Reutlingen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	R 75
Starterseminar	Ärzte, die sich neu niedergelassen haben	12. März 2016	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 283

Kommunikation

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis	Praxismitarbeiter	27. Januar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	89,-	0	S 95
Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis	Praxismitarbeiter	10. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	0	F 98
Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis	Praxismitarbeiter	23. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	0	R 100
Kompetent und sicher mit Patienten umgehen	Praxismitarbeiter	24. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	89,-	0	K 111

Praxismanagement

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Wiederbelebende Sofortmaßnahmen	Ärzte und Praxismitarbeiter	12. März 2016	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Freiburg	115,-	10	F 119
Fit im Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	18. März 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	150,-	8	K 124
Fit im Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	3. Juni 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	150,-	8	R 125
Fit im Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	8. Juli 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	150,-	8	F 126
Fit im Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	Teilnehmer am ärztlichen Bereitschafts- bzw. Notfalldienst	18. November 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	150,-	8	S 127
Wege zur Arztentlastung – für ein kooperatives Miteinander von Ärzten und Mitarbeitern	Ärzte, Erstkkräfte bzw. leitende Praxismitarbeiter	16. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	89,-	7	K 132
Terminorganisation in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter	16. März 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	5	F 135
Finden und Binden von Mitarbeitern	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsverantwortung	20. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	89,-	7	S 144
Finden und Binden von Mitarbeitern	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsverantwortung	30. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	7	F 145
Fachkraft für Impfmanagement (3 Termine)	Nichtärztliche Mitarbeiter in der Praxis (keine Auszubildenden)	23. März 2016 13. April 2016 4. Mai 2016	jeweils von 9.00 bis 18.00 Uhr	BD Stuttgart	240,-	0	S 146
Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Praxismitarbeiter	10. Februar 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	89,-	0	K 163
Vom „Azubi“ zur kompetenten Medizinischen Fachangestellten heranreifen	Auszubildende im ersten, zweiten und dritten Lehrjahr	30. März 2016	14.30 bis 19.00 Uhr	BD Karlsruhe	89,-	0	K 189

Qualitätsmanagement

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Basiskurs Qualitätsmanagement	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	11./12. März 2016	freitags 15.00 bis 20.00 Uhr samstags 9.00 bis 16.00 Uhr	BD Karlsruhe	205,-	18	K 196
Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter	8. März 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	Regionalbüro Mannheim	89,-	8	K 211
Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis	Ärzte und Praxismitarbeiter	22. März 2016	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	89,-	8	R 212
Datenschutz in der Praxis	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	15. März 2016	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Reutlingen	135,-	10	R 220

Qualitätssicherung und -förderung

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Hautkrebs-Screening	Hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	5. März 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	195,-	8	S 245
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	5. März 2016 (Arzt und Mitarbeiter) 8. März 2016 (Mitarbeiter)	Jeweils 09.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	155,- (Ärzte) 135,- (MFA)	9	F 255
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	19. März 2016 (Arzt und Mitarbeiter) 22. März 2016 (Mitarbeiter)	Jeweils 09.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	155,- (Ärzte) 135,- (MFA)	9	K 257
Strahlenschutzkurs nach Röntgenverordnung (Röntgenschein)	Medizinische Fachangestellte	25. bis 27. Februar 2016 und 29. Februar bis 5. März	Jeweils 8.30 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	799,-	0	S 275

Veranstaltungen zu aktuellen Themen

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
DMP Diabetes mellitus Typ 1	Niedergelassene Schwerpunktdiabetologen	27. Februar 2016	10.30 bis 15.00 Uhr	BD Stuttgart	80,-	7	S 288

MAK-TIPP

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Finden und Binden von Mitarbeitern	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsverantwortung	20. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	89,-	7	S 144
Finden und Binden von Mitarbeitern	Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsverantwortung	30. November 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	89,-	7	F 145

Haben Sie Interesse? Dann sichern Sie sich Ihren Seminarplatz und füllen das in der Anlage beigefügte Anmeldefax der MAK aus. Oder nutzen Sie den Weg der Onlineanmeldung unter www.mak-bw.de. Auf unserer Website finden Sie weitere aktuelle Informationen zu den Seminarangeboten.

Für weitergehende Fragen zu den Seminarinhalten, Terminen oder Seminarorten steht das Team der Management Akademie (MAK) gerne zur Verfügung.

Telefon 0711 7875-3535
 Telefax 0711 7875-48-3888
 E-Mail info@mak-bw.de



Fortbildungsprogramm Verband medizinischer Fachberufe e.V. I. Quartal 2016

Veranstaltung	Datum	Uhrzeit	Ort	Kosten in Euro
Herzinsuffizienz – Patientenmanagement Bezirksstelle Rheintal	17. Februar 2016	19:00 Uhr	DRK Zentrum, Schweigrother Str. 8, Baden Baden	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00
Der Diabetespatient in der Hausarztpraxis Bezirksstelle Rheintal	16. März 2016	17:00 bis 19:00 Uhr	Gesundes Kinzigtal, Eisenbahnstr. 17, 77756 Hausach	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00
Arthrose Besichtigung Salinenklinik Bad Rappenau Bezirksstelle Neckar-Odenwald	20. Januar 2016	15:00 Uhr	Orthopädische Rehaklinik, Bad Rappenau	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Neckar-Odenwald	20. Januar 2016	im Anschluss an Fortbildung	Palast, Babstadter Str. 3, 74906 Bad Rappenau	kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Neckar-Odenwald	9. März 2016	19:00 Uhr	Paprika, Lixstr. 19, 74072 Heilbronn	kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Ludwigsburg	13. Januar 2016	20.00 Uhr	Restaurant Elefanten, Osterholzallee 31, 71636 Ludwigsburg	kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Ludwigsburg	2. März 2016	20.00 Uhr	Restaurant El Olivo Eberhardtstr.12 71634 Ludwigsburg	kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Karlsruhe	Jeden 1. Mittwoch im Monat	19.00 Uhr	Veranstaltungsort per Email erfragen: Wagner.karlsruhe@email.de	kostenfrei

Anmeldung beim Verband medizinischer Fachberufe e.V., zu Händen Stefanie Teifel, Mäusberg 7, 74575 Schrozberg
Telefon: 07936 9909540, Telefax 07936 9909541, E-Mail: steifel@vmf-online.de

Seminarprogramm

Aktuelle Informationen zu unseren Seminarangeboten finden Sie unter www.mak-bw.de

- ➔ **Anmeldung** (Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)
- ➔ **Telefax 0711 7875-48-3888**

Ja, ich melde mich verbindlich, unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen, zu folgenden Seminaren an:

Seminar-Nummer	Termin	Seminartitel	Bitte ankreuzen M = Mitarbeiter A = Arzt/Psychotherapeut	Name, Vorname des Teilnehmers
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> A	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	_____

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Fachgebiet der Praxis

Telefon/Telefax

E-Mail

Praxisstempel

Bezahlung

Der Teilnehmerbeitrag für das/die Seminar/e wird wie folgt bezahlt (bitte ankreuzen):

- Abbuchung vom Honorarkonto** (nur für Mitglieder der KV Baden-Württemberg)

Name, Vorname des Arztes/Psychotherapeuten

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Betriebsstättennummer (BSNR)

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Psychotherapeut



Anmeldeformular vollständig ausgefüllt und unterschrieben faxen oder per Post schicken an:

Management Akademie
der KV Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefax 0711 7875-48-3888

Bitte beachten Sie:

Eine Anmeldung wird erst nach Erhalt einer Anmeldebestätigung wirksam. Diese wird Ihnen von der MAK in der Regel innerhalb von 7 Tagen nach Eingang der Anmeldung zugesandt.

Rücktrittsbedingungen:

Ihre Seminaranmeldung ist verbindlich. Ein kostenloser Rücktritt von einem Seminar muss schriftlich, per Telefax oder via E-Mail bis spätestens eine Woche vor Seminarbeginn erfolgen. Maßgebend ist der rechtzeitige Eingang der Stornierung bei der MAK. Bei einer späteren Absage berechnen wir eine Stornogebühr von 30,00 Euro pro Person und Kurstag, maximal jedoch in Höhe von 90,00 Euro pro Person und Kurs. Bei Nichterscheinen der angemeldeten Person(en) ohne vorherige schriftliche Abmeldung oder bei teilweise Nichterscheinen wird der volle Teilnehmerbeitrag fällig. Bei Kursen, die über mehrere Module oder länger als zwei Tage gehen, ist eine kostenlose Absage nur bis drei Wochen vor Seminarbeginn möglich. Andernfalls berechnen wir auch hier eine Stornogebühr im obigen Umfang.

Ist eine kostenlose Stornierung zeitlich nicht mehr möglich, kann sich der Teilnehmer an dem Seminar vertreten lassen.

Management Akademie

der KV Baden-Württemberg, Albstadtweg 11,
70567 Stuttgart, Postfach 80 06 08,
70506 Stuttgart, Telefon 0711 7875-3535
Telefax 0711 7875-48-3888, info@mak-bw.de
www.mak-bw.de

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

KV Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart. Gläubiger-ID DE72ZZZ00000679225, Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

- Ich/Wir ermächtige/n die KV Baden-Württemberg, einmalig Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der KV Baden-Württemberg auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des/der zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/s)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

Name des Kreditinstitutes

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Bitte zurücksenden an:

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Frau Bader/Frau Metzner/Frau Thüer
Joseph-Meyer-Straße 17
68167 Mannheim

Telefax 0621 3379-1755



Stempel der Praxis mit Angabe der BSNR

Abwesenheits-/Vertretermeldung

gemäß § 32 Abs. I Ärzte-ZV

Name, Vorname

Zeitraum der Abwesenheit

von _____ bis _____

Grund der Abwesenheit

- Urlaub Krankheit Fortbildung Wehrübung
 in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung

Die Vertretung wird in meinen eigenen Praxisräumen durchgeführt von:

Name, Vorname des Vertreters

Gebietsbezeichnung

Meine eigene Praxis bleibt geschlossen. Die kollegiale Vertretung übernehmen:

Name und Praxisort / BSNR des Vertretenden

Name und Praxisort / BSNR des Vertretenden

Name und Praxisort / BSNR des Vertretenden

Ort und Datum

Unterschrift

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Service und Beratung
MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefax 0711 787548-3891

Meldung von freien Psychotherapiekapazitäten gemäß erteilter Genehmigung der KVBW

für Quartal ____ / 201

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> für Kinder | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |

Analytische Psychotherapie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> für Kinder | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |

Verhaltenstherapie

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> für Kinder | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |

Hinweis für Terminvereinbarungsvorschläge:

- Akutversorgung traumatisierte Patienten / Krisenintervention
- Erstkontakt für Gespräche innerhalb von 14 Tagen
- Sonstige Hinweise für Terminvereinbarung:

- Diese Meldung gilt auch für nachfolgende Nebenbetriebsstätte:

- Ich möchte meine Psychotherapiekapazitäten wieder abmelden!
- Ich bin damit einverstanden, dass auf Anfrage durch die Krankenkassen meine Adresse an diese weitergegeben wird.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Patiententelefon „MedCall“ anfragenden Patienten zu den von mir angegebenen Daten Auskunft erteilt. Die Auskunft kann mündlich oder schriftlich erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann. Die bei MedCall gespeicherten Daten werden dann umgehend gelöscht.

Die Kapazitätsmeldungen werden am Ende des Quartals automatisch gelöscht! Einen Übertrag auf das darauffolgende Quartal bitte vermerken. Danke!

Name / Unterschrift

LANR: _____

Praxisstempel / Praxisanschrift

VmF Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Stefanie Teifel
Mäusberg 7
74575 Schrozberg



Telefax 07141 1336885

Anmeldung zum 23. Tag der Medizinischen Fachangestellten

im Rahmen der Messe MEDIZIN, Stuttgarter Messe - ICS
am Samstag, 30. Januar 2016, 10:00 – 17:00 Uhr

Hiermit melde ich folgende Teilnehmer/innen **verbindlich** zur
Fortbildungsveranstaltung an:

(Bitte je Teilnehmer(in) bitte ein Anmeldeformular ausfüllen)

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon / E-Mail für evtl. Rückfragen

VmF-Mitglieder: Mitgliedsnummer

- Ich bin VmF-Mitglied und zahle 20,- €
 Ich bin VmF-Mitglied-Azubi und zahle 15,- €
 Ich bin Nichtmitglied und zahle 30,- €
 Ich bin Nichtmitglied-Azubi und zahle 25,- €

Die Teilnahmegebühr beinhaltet den Besuch der Messe MEDIZIN 2016.

Bitte überweisen Sie die Gebühr bis zum **18.01.2016**

unter Angabe des Namens an:

Verband medizinischer Fachberufe e.V.
BIC GENODEM1DOR
IBAN DE10 4416 0014 2601 6000 32

Eine Rückerstattung der Gebühr ist nicht möglich.

Das Anmeldeformular bitte vollständig ausgefüllt an oben angegebene Adresse oder Faxnummer senden.

Ansprechpartner:

Stefanie Teifel
steifel@vmf-online.de
Tel. 07936 9909540
Fax 07936 9909541

Sabine Winkler
sabine_winkler@gmx.de
Fax 07141 1336885
www.vmf-online.de

Anmeldebestätigung:

Es erfolgt keine Anmeldebestätigung – bei Änderungen werden Sie auf jeden Fall informiert.

Eintrittskarte:

Die Eintrittskarte für die Fachmesse Medizin erhalten Sie an unserer Tageskasse im ICS.

Wenn Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln kommen, erhalten Sie den zusätzlich erforderlichen kostenlosen Eintrittscode auf Anforderung unter nadine.henzler@messe-stuttgart.de.

Das Kombiticket berechtigt zum Besuch der Veranstaltung einschließlich Hin- und Rückfahrt am Besuchstag mit allen VVS-Verkehrsmitteln (2. Klasse) zur/von Messe Stuttgart.

Veranstaltungsort:

Landesmesse Stuttgart
ICS
Messepiazza 1
70629 Stuttgart

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274

Amtliche Bekanntmachungen nach Redaktionsschluss

Änderungen in der Honorarverteilung mit Wirkung zum 01.10.2015 und zum 01.01.2016

Zum 23.07.2015 ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in Kraft getreten. Insbesondere die darin enthaltenen Neuregelungen ziehen Anpassungen in der Honorarverteilung nach sich. Im Einzelnen hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 02.12.2015 folgende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 01.10.2015 und zum 01.01.2016 beschlossen:

Anpassung des HVM zum 01.10.2015

- **Aussetzung der Mengensteuerung für bestimmte Zahnarztanarkosen**
Nach dem GKV-VSG darf der HVM keine Maßnahmen mehr zur Begrenzung des Honorars von zahnärztlichen Narkoseleistungen bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie vorsehen. Dieser Regelung wird in der Weise Rechnung getragen, indem aus den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Fachärzte für Anästhesiologie und der ermächtigten (Krankenhaus-)Ärzte diese Leistungen in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Anpassung des HVM zum 01.01.2016

- **Vergütung der Krankenhaus-Behandlung bei von der Terminservicestelle vermittelten Patienten**
Bei Inanspruchnahme der Terminservicestelle kann es ausnahmsweise zu einer Behandlung im Krankenhaus kommen, falls keine fachärztlichen Termine angeboten werden können. Die Vergütung muss dann zu 100 % nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs erfolgen.

- **Vergütungsregelung zur kooperativen Behandlung von Patienten in Praxisnetzen**
Für von der KVBW anerkannte Praxisnetze sind nach den gesetzlichen Neuregelungen gesonderte Vergütungsregelungen im HVM vorzusehen. In der Umsetzung dieser Vorgaben erhält jeder Netzarzt, dessen vertragsärztliche Tätigkeit einer Mengenbegrenzung mittels Regelleistungsvolumen unterliegt, eine Anhebung des RLV-/QZV-Gesamt volumens um € 100,- je Quartal.
- **Ausnahmen von der fallzahlabhängigen Abstufung des RLV-Fallwertes in Regionen mit (drohender) Minderversorgung**
Zur Sicherstellung der Versorgung in Regionen, die im Rahmen des Projektes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ als Fördergebiete ausgewiesen sind oder in denen Minderversorgung droht oder besteht, kann maximal für die Dauer der (drohenden) Minderversorgung im Einzelfall eine Ausnahme auf Antrag gewährt werden.
- **Berücksichtigung eines geförderten Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin durch eine begrenzte Anerkennung der Ausdehnung des Umfangs der Tätigkeit**
Nach dem GKV-VSG hat auch im HVM eine Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch die Möglichkeit der begrenzten Ausdehnung des Umfangs der Praxis zu erfolgen. Diese Vorgabe wurde im Rahmen der Honorarverteilung so umgesetzt, dass der anstellende Arzt auf Antrag für maximal die Dauer der Beschäftigung eines geförderten Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin die tatsächliche Fallzahl zur Bemessung seines RLV erhält.
- **Fachärzte für Frauenheilkunde**
Für Fachärzte für Frauenheilkunde wird bei der Freien Leistung „Sonographie Brustdrüsen“ (GOP 33041 EBM), die außerhalb von RLV und QZV, aber innerhalb der MGV vergütet wird, eine Mindestquote von 80 Prozent eingeführt. Die Finanzierung der Mindestquote erfolgt zu Lasten des arztgruppenspezifischen Honorarvolumens und in Abstimmung mit dem Berufsverband.

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

■ **Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit**

Für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit wird bei der Freien Leistung „Langzeit-EKG“ (GOP 13253 EBM) sowie dem zugehörigen „ärztlichen Bericht / Brief“ (GOP 01600 bis 01602), die ebenfalls außerhalb von RLV und QZV, aber innerhalb der MGV vergütet werden, auch eine Mindestquote von 80 Prozent eingeführt. Dies erfolgt ebenfalls zu Lasten des arztgruppenspezifischen Honorarvolumens und in Abstimmung mit dem Berufsverband.

■ **Anpassung von Bereinigungsfallwerten situativ**

Die AOK BW und die BKK Bosch haben einer Absenkung des situativen Bereinigungsbetrages für die Gastroskopie zugestimmt. Mit der Barmer-GEK konnte Übereinstimmung in Bezug auf eine Anpassung der Bereinigungsbeträge im Rahmen des IVR-Vertrages erzielt werden.

■ **Sonstige Korrekturen**

- Die Regelungen in § 9 Abs. 2 und 3 HVM enthalten bisher jeweils einen fehlerhaften Verweis auf eine Vorschrift der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV): anstatt § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV muss es korrekterweise § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV heißen.
- Zur Klarstellung, dass die Zuordnung eines Facharztinternisten ohne Schwerpunkt zu einer RLV-Gruppe Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt nur dann möglich ist, wenn der entsprechende Schwerpunkt zulassungsrechtlich nachgewiesen wird und nicht bereits wenn der Arzt abrechnungsseitig einen (Versorgungs-) Schwerpunkt in einem internistischen Teilbereich nachweist, entfällt künftig der Klammerzusatz im Rahmen der konkreten Fachgebietsbezeichnung in den Anlagen 1a, 1b, 2a und 2b. Bestehende Zuordnungen (auf Basis der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM 2000+) bleiben hiervon unberührt.

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der jeweils aktuellen Fassung des HVM unter www.kvbawue.de in der Rubrik Verträge & Recht. Die KBV-Vorgaben Teile A-F stehen zudem über den Link auf unserer Homepage zur KBV-Seite zum Download bereit.

Im Einzelfall stellen wir Ihnen auf Anforderung den Text der Bekanntmachung des HVM auch in Papierform zur Verfügung.

Bitte nehmen Sie hierzu oder wenn Sie weitere Fragen zur Änderung der Honorarverteilung haben Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf:
0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Amtliche Bekanntmachungen nach Redaktionsschluss

Wichtige Mitteilungen zu Arznei- und Heilmittel 2016

Richtgrößen in Euro als eine mengenregulierende Maßnahme bei der Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln wurden richtigerweise stets von der Ärzteschaft **abgelehnt**, da sie eine unspezifische Regulierung darstellen, die die Heterogenität der Morbidität der einzelnen Praxen nicht berücksichtigt und damit die Gefahr einer Unterversorgung durch Verschreibungsangst in sich birgt. Diese **Regressangst** stellt im Übrigen nachvollziehbar einen der Haupthinderungsgründe dar, warum die nachkommende Ärztesgeneration nicht in dem Umfang wie bisher zur Niederlassung bereit ist.

Das **Bundessozialgericht** hat auf die **Klage eines Arztes** die Krankenkassen und die KVBW (Az: B 6 KA 8/14 R v. 22.10.2014) verpflichtet, für das Jahr 2016 **Richtgrößen nach Altersgruppen** einzuführen, die die unterschiedliche Morbidität und die damit verbundene Therapiesituation in den jeweiligen Altersgruppen detaillierter berücksichtigen sollen, als dies die grobe Einteilung nach Versichertenstatus in der Vergangenheit (M/F und R) ermöglichte.

Diese Altersgruppen sehen wie folgt aus:

- Altersgruppe 1 (0 bis 15 Jahre) – AG 1
- Altersgruppe 2 (16 bis 49 Jahre) – AG 2
- Altersgruppe 3 (50 bis 64 Jahre) – AG 3
- Altersgruppe 4 (ab 65 Jahre) – AG 4

Die Zuordnung der Fälle sowie der Verordnungen geht vom Patientenalter am jeweiligen Verordnungsdatum aus. Hat ein Patient im Verordnungsquartal Geburtstag und wechselt innerhalb des Quartals eine Altersgruppe, werden alle Verordnungen sowie der Behandlungsfall der höheren Altersgruppe zugeordnet.

Diese neue Einteilung nach Altersgruppen wurde zum Anlass genommen, die Werte an die aktuelle demographische Entwicklung und die Ausgaben- sowie Marktsituation anzupassen; sie spiegelt den altersbezogenen derzeitigen Verschreibungsalltag wider. So können auf der einen Seite Ausgabenstei-

gerungen durch Innovationen oder andere Therapieschemata berücksichtigt werden, auf der anderen Seite kommt es zur Kostenreduktion durch verstärkten Generikaeinsatz.

Eine absolute Vergleichbarkeit dieser „neuen“ mit der „alten“ Richtgrößensystematik ist somit nur sehr eingeschränkt möglich. Hintergrund ist der, dass es zu Überschneidungen zwischen den neuen Altersgruppen und den bisherigen Statusgruppen kommt; beispielhaft seien hier die AG 3 und die AG 4 genannt, in die nach der alten Systematik jeweils auch Rentner einfließen. Dies zeigt sich beispielsweise in den Richtgrößen der AG 3, die in vielen Fachgruppen gegenüber der bisherigen Richtgröße M/F deutlich höher ausfällt. Dies wird der Versorgungssituation gerecht: Anstieg der Morbidität ab 50 Jahre, Intensivierung der Therapie zur Ermöglichung der aktiven Teilnahme am Arbeitsleben...

In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Richtgrößenkalkulation für das Jahr 2016 sich aus dieser - vereinfacht dargestellten - Formel ergibt:

$$\text{RG (Richtgröße)} = \frac{\text{tatsächliche, fachgruppenspezifische Ausgaben des Jahres 2014 in Euro}}{\text{fachgruppenspezifische Fallzahl}}$$

Zudem stellt die veröffentlichte Richtgröße nicht das maximale Gesamtverordnungsvolumen eines Patienten dar, sondern eine errechnete Durchschnittsgröße, die auch Patienten berücksichtigt, die gar keine Verordnung erhalten haben (sog. „Verdünnerrfälle“). Somit stellt sich das Richtgrößenvolumen der Praxis folgendermaßen dar:

$$\text{RGV (Richtgrößenvolumen der Praxis)} = \text{Richtgröße} \times \text{Fallzahl}$$

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Wir weisen darauf hin, dass eine Auffälligkeit erst bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 15 % gegeben ist und eine etwaige Regressierung bei einer Überschreitung um mehr als 25 % in Betracht kommt.

Die durch das Bundessozialgericht nunmehr für das Jahr 2016 implementierten Richtgrößen nach Altersgruppen stellen sich insofern als grotesk dar, als dass es durch das GKV-VSG möglich sein wird, ab 1. Januar 2017 die bisherigen Richtgrößen

durch andere länderspezifische Maßnahmen abzulösen. Unser Ansatz, den wir in Kooperation mit den Krankenkassen des Landes und der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung andenken, wird der sein, dass zukünftig die Indikation und Qualität einer Therapie die Wirtschaftlichkeit definiert und nicht mehr der Preis alleine; dies bei einer von vornherein besseren Transparenz, welche Verschreibungen in eine Begrenzung eingehen und welche nicht. Wir arbeiten bereits daran.

Arzneimittel-Richtgrößen 2016

Wie bereits dargestellt war die Basis für die Berechnung der neuen Richtgrößen nach Altersgruppen das Jahr 2014.

Darüber hinaus konnten mit den Krankenkassen im Arzneimittelbereich für das Jahr 2016 weitere Wirkstoffe vereinbart werden, deren Kosten nicht in die Berechnung der Richtgrößen einfließen und bei indikationsgerechtem Einsatz aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet werden. Diesbezüglich erfolgte eine entsprechende Anpassung an den aktuellen Stand. Eine vollständige Liste dieser Wirkstoffe ist auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen/Arzneimittel » Praxisbesonderheiten veröffentlicht.

Die Arzneimittel-Richtgrößenwerte für das Jahr 2016 finden Sie ab Seite 5.

Neben den oben bereits allgemein dargestellten Veränderungen wollen wir auf einzelne fachgruppenspezifische Besonderheiten eingehen:

- Den **Hausärzten** steht zukünftig für die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen über 30 Euro mehr als in der bisherigen M/F-Richtgröße zur Verfügung. Dies trägt dazu bei, die Grundversorgung für diese große Patientengruppe ausreichend sicherzustellen und damit eine optimale Versorgung zu garantieren. In den übrigen Altersgruppen schlagen sich das derzeitige Ordnungsverhalten sowie die aktuelle Marktsituation (bspw. Veränderungen im Generikamarkt) nieder. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Onkologie, berücksichtigt.

- Für die **Anästhesisten, die nicht an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen**, wurde für das Jahr 2016 keine Richtgröße vereinbart. Dies ist dem sehr geringen Verordnungsvolumen in diesem Bereich geschuldet.

- Für **Anästhesisten, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen**, führte der wirtschaftliche Einsatz von Generika zu einer Anpassung der Werte.

- Im Bereich der **Chirurgen** führte der Rückgang der Gesamtausgaben - bedingt durch eine Reduktion der verschriebenen Packungszahl - zu veränderten Werten.

- Im Bereich der **Gynäkologie** spiegeln die nun vereinbarten Werte nun endlich die tatsächlichen Ausgabenwerte der Fachgruppe wider.

- Für die **Hautärzte** ist insbesondere auf den Wert der AG 2 hinzuweisen, da dort die Fallzahldichte am höchsten ist. Hierfür steht eine deutlich erhöhte Richtgröße zur Verfügung.

- In der Richtgrößengruppe der Internisten ohne Schwerpunkt bzw. der **Internisten** mit verschiedenen Schwerpunkten konnten insbesondere in den fallzahlintensiven Altersgruppen (AG 2-4) sehr gute Richtgrößenwerte erzielt werden, die eine qualitativ hochwertige Versorgung auch weiterhin gewährleisten. Entsprechendes gilt für die Kardiologen, Hämato-/Onkologen und Rheumatologen.

- Die Werte bei den **Nephrologen** spiegeln die veränderte Marktsituation wider – beispielsweise den Kostenrückgang durch die Verordnung von Biosimilars.
- Für die wesentliche Altersgruppe (AG 1) bei den **Kinderärzten** konnte eine Steigerung erreicht werden, sodass in diesem Bereich auch weiterhin eine optimale Versorgung der Kinder und Jugendlichen möglich ist. Auch für die zu betreuenden Patienten in den AG 2-4 wurden die Werte nach oben angepasst, um die Versorgung von chronisch kranken Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen gewährleisten zu können.
- Für die **Nervenärzte, Neurologen und Psychiater** erlaubt die Einführung der Altersgruppen eine bessere Abbildung der kostenintensiven und relevanten Krankheitsbilder insbesondere in den AG 2 und 3.
- Die neuen Richtwerte in der Gruppe der **Neurochirurgen** bilden den Rückgang in den Packungskosten sowie in der Packungsanzahl ab.
- Auch bei den **Orthopäden** erfolgte eine Anpassung an die aktuellen Fallkosten. So sind beispielsweise die Kosten von Standard-Osteoporose-Therapeutika gesunken. Entsprechend den Anästhesisten mit Schmerztherapie sanken die Kosten für Schmerzmittel der WHO-Stufe II / III. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Thrombose-Prophylaxe, berücksichtigt.
- Die Neuberechnung ergab bei den **Urologen** in der kosten- und fallzahlintensiven AG 4 einen erhöhten Richtgrößenwert, der zur optimalen Versorgung der Patienten zur Verfügung steht. Im Rahmen eines Prüfverfahrens werden Praxisbesonderheiten, wie beispielsweise die Onkologie, berücksichtigt.

Schwerpunktversorgende Praxen können im Rahmen eines Prüfverfahrens ihre Praxisbesonderheiten geltend machen.

Heilmittel-Richtgrößen 2016

Auch im Heilmittelbereich wurden die Richtgrößen auf Basis von Ist-Zahlen aus dem Jahr 2014 neu berechnet und entsprechende Altersgruppen gebildet. Hierbei wurde der langfristige Heilmittelbedarf entsprechend berücksichtigt. Das heißt: Dieser fließt nicht in die Berechnung der Richtgrößenwerte ein und wurde daher bereits vorab abgezogen.

Bei der Feststellung des individuellen Verordnungsvolumens wird ebenfalls der langfristige Heilmittelbedarf abgezogen. Heilmittelverordnungen, die auf Bundesebene als Praxisbesonderheiten vereinbart sind, werden hingegen erst im Rahmen eines potenziellen Prüfverfahrens von der Prüfungsstelle von den Verordnungskosten abgezogen. Wichtig ist daher, dass neben einem exakten Indikationsschlüssel die Diagnose ICD-10-kodiert auf dem Rezept angegeben ist. Gleiches gilt für den langfristigen Heilmittelbedarf. Nur so lassen sich Verordnungen als Praxisbesonderheiten oder langfristigen Heilmittelbedarf identifizieren.

Die Heilmittel-Richtgrößenwerte für das Jahr 2016 finden Sie auf Seite 7.

Im Heilmittelbereich ist es insgesamt gelungen, die Werte in den jeweils fallzahlintensiven Altersgruppen der aktuellen Versorgungssituation entsprechend deutlich nach oben anzupassen.

Um eine kontinuierliche Verordnungssteuerung in den Bereichen Arznei- und Heilmittel zu gewährleisten, pflegen Sie bitte die jeweiligen Werte in Ihr PVS-System ein. Falls Sie dabei Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Hersteller.

Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2016

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2016 ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel in Höhe von 3.805.414.076 € vereinbaren.

Die Zielvereinbarung wurde unter fachlichen Gesichtspunkten hinsichtlich der Ziele und Zielwerte an den aktuellen Stand angepasst (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel).

Die arzt- und praxisindividuelle Umsetzung der vereinbarten Ziele wird - wie im letzten Jahr auch - im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittelverordnungsweise nach Richtgrößen gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V berücksichtigt.

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2016

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2016 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von 741.152.537 € vereinbaren.

Im Verordnungsforum 37 finden sich ausführlichere Informationen zu den neuen Vereinbarungen. Diese Ausgabe erhalten Sie Anfang des nächsten Jahres.

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen sowie die Arznei- und Heilmittel-Richtgrößenvereinbarungen 2016 finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verträge » Recht.

Für Fragen steht Ihnen die Gruppe Beratung Verordnungsweise der KVBW zur Verfügung.

Arzneimittel 0711 7875-3663

Heilmittel 0711 7875-3669

verordnungsberatung@kvbawue.de

Auf Anforderung stellen wir Ihnen die Vereinbarungen im Einzelfall gerne in Papierform zur Verfügung.

Arzneimittel Richtgrößen 2016

Arzneimittel - Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2016 (in EURO)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtgrößenvergleichsgruppe	Altersgruppe (0-15 Jahre)	Altersgruppe (16-49 Jahre)	Altersgruppe (50-64 Jahre)	Altersgruppe (65+ Jahre)
0123 0151	FA Anästhesie, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	6,84	74,84	96,99	97,41
0410 0411 0450	FA Augenheilkunde	1,36	5,18	9,99	15,31
0710 0711 0750	FA Chirurgie	3,36	6,60	9,17	13,68
1010 1011 1041 1042 1048 1050	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15,76	14,54	33,14	48,97
1310 1311 1350	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10,94	16,70	8,42	3,61
1610 1611 1650	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	17,32	24,46	22,88	18,11
1920	an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	18,12	30,95	78,32	148,05
1930, 1950 1931, 1951 1934, 1954 1935, 1955 1938, 1958	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, ohne SP FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Gastroenterologie FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Pneumologie und FA für Lungenheilkunde FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Endokrinologie FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Angiologie	62,24	85,46	71,57	82,67
1932 1952	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Kardiologie	14,23	21,47	24,04	32,92
1933 1953	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Nephrologie	94,24	410,97	452,95	367,41
1936 1956	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Hämato-/ Onkologie	279,76	902,79	1481,67	1598,55
1937 1957	FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Rheumatologie	95,45	779,21	691,88	455,70
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztl. und fachärztl. Tätige)	28,39	67,30	67,30	67,30

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtgrößenvergleichsgruppe	Altersgruppe (0-15 Jahre)	Altersgruppe (16-49 Jahre)	Altersgruppe (50-64 Jahre)	Altersgruppe (65+ Jahre)
3810 3814 3815 3816 3850	Nervenärzte Neurologen Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	63,13	304,49	191,10	127,34
3812 3813 3851	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	31,83	47,54	47,54	47,54
4110 4111 4150	Neurochirurgen	8,17	26,80	24,49	21,08
4410 4411 4437 4450	FA Orthopädie	1,14	6,23	8,77	12,41
5610 5611 5650	FA Urologie	22,13	14,90	40,98	75,44

Für Facharztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart wurden, wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Arzneimittel-Richtlinie durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Für Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Fallzählung zur Ermittlung

des Richtgrößenvolumens auf der Basis der in der Praxis vertretenen Richtgrößenvergleichsgruppen (Zuordnung erfolgt über die Prüfgruppe der LANR).

Für ermächtigte Ärzte sind die Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe vereinbart.

Heilmittel-Richtgrößen 2016

Heilmittel - Richtgrößenwerte KVBW für das Jahr 2016 (in Euro)

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtgrößenvergleichsgruppe	Altersgruppe (0-15 Jahre)	Altersgruppe (16-49 Jahre)	Altersgruppe (50-64 Jahre)	Altersgruppe (65+ Jahre)
0123	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	0,37	16,34	17,29	15,52
0710 0711	FA Chirurgie	5,08	13,83	20,08	20,44
1920	FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	9,62	7,54	14,35	24,32
1937	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	10,73	15,08	16,87	17,85
2320 2348	FA Kinderheilkunde (hausärztl. und fachärztl. Tätige)	16,70	7,76	7,76	7,76
3810 3814	Nervenärzte Neurologen	11,62	14,13	21,78	31,22
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	17,06	4,44	5,39	12,06
3812 3813	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	19,47	3,64	3,64	3,64
4110 4111	Neurochirurgen	15,82	32,05	36,78	39,36
4410 4411	FA Orthopädie	20,13	35,50	42,93	45,53
6310	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	31,97	51,39	59,05	67,30

Für Facharztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart wurden, wird die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Heilmittel-Richtlinie durch die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüfverfahren geprüft.

Für Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren erfolgt die Fallzählung zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens auf der Basis der in der Praxis vertretenen Richtgrößenvergleichsgruppen (Zuordnung erfolgt über die Prüfgruppe der LANR).