

Wichtige Informationen der Verwaltung – Amtliche Bekanntmachungen

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

RUNDSCHREIBEN DEZEMBER 2017

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

Abrechnung

- 3 ■ Einreichungstermin für die Abrechnung 4/2017
- 3 ■ Postoperative Behandlung nach ambulanten Operationen bei Überweisung durch Operateur
- 3 ■ EBM-Anpassung Kapitel 30.13
- 4 ■ Vergütung bei Cannabis-Verordnung
- 5 ■ Rückwirkende EBM-Änderungen
- 5 ■ Psychosomatische Leistungen GOP 35100/35110
- 6 ■ BSG bestätigt Umsetzungsverpflichtung der KV
- 7 ■ Vergütung für Screening zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen

Finanzwesen

- 7 ■ Terminübersicht für die Abschlagszahlungen
- 7 ■ Honorar 1. Quartal 2018
- 8 ■ Zahlungsverlangen der Krankenkassen

Amtliche Bekanntmachungen

- 8 ■ Änderung der Satzung (A)
- 8 ■ Änderung Entschädigungsregelung (A)
- 8 ■ Änderung Notfalldienstordnung
- 9 ■ Änderung Statut Notfalldienstordnung
- 10 ■ Richtlinie Modellprojekt DocDirekt
- 10 ■ Richtlinie Modellprojekt RegioPraxisBW
- 11 ■ Beschlüsse Landesausschuss
- 11 ■ Vertragsarztsitze auf Homepage

Qualitätssicherung und Verordnungen

- 12 ■ Fortbildungspflicht
- 12 ■ Teilnahmeerklärung internistische DMPs
- 13 ■ Neues Heilmittel „Ambulante Ernährungstherapie“
- 14 ■ Schutzimpfungsvereinbarung geändert
- 15 ■ LSG-Urteil Mischpreisbildung
- 16 ■ Lactobacillus-rhamnosus-GG-haltige Arzneimittel

Verträge und Richtlinien

- 17 ■ Polypharmaziecheck
- 17 ■ Diabetesvertrag
- 18 ■ Höhere Vergütung von U10, U11 und J2
- 19 ■ Neue DMP-Rahmenrichtlinie bei Brustkrebs
- 20 ■ Neue DMP-Rahmenrichtlinie bei COPD
- 21 ■ Selektivverträge der KVBW mit den BKKen

Service für Arzt und Therapeut

- 22 ■ DocLineBW – Hilfe im Krisenfall
- 22 ■ Patiententelefon MedCall
- 23 ■ Psychotherapieplätze KVBW melden (A)
- 23 ■ Hotline Praxisaufkauf
- 23 ■ Weitere Beratungshotlines und Termine
- 24 ■ Hilfe für Gesundheitstage (A)

Verschiedenes

- 25 ■ Berichtspflicht
- 26 ■ Abwesenheits-/Vertretermeldung (A)

Veranstaltungen/Fortbildung

- 27 ■ Online-Lernportal der MAK
- 27 ■ Angebote der Management Akademie (MAK) (A)
- 27 ■ MFA-Tag
- 28 ■ eHealth Forum Freiburg (A)
- 35 ■ Fortbildungsprogramm Verband MFA

* 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@kvbawue.de

Abrechnungsabgabe

Einreichungstermin für die Abgabe der Abrechnung für das Quartal 4/2017 ist der

8. Januar 2018.

Neu: Alle hierzu relevanten Informationen (inklusive der „Sammelerklärung“) finden Sie im beigefügten Rückumschlag.

Abrechnung

Postoperative Behandlung nach ambulanten Operationen bei Überweisung durch den Operateur

Für die Abrechnung der **postoperativen Behandlung** nach **Kapitel 31.4**, die **nicht** vom Operateur durchgeführt wird (zum Beispiel GOP 31600 für Hausärzte oder 31601ff für Fachärzte) ist **zwingend ein Überweisungsschein** vom Operateur erforderlich. Hiermit wird der Bestimmung des EBM Rechnung getragen, dass die postoperative Behandlung für den Versicherten nur einmalig innerhalb von 21 Tagen abgerechnet werden kann, entweder durch den Operateur selbst oder durch einen anderen Arzt.

Der Operateur nennt auf dieser Überweisung die vom weiterbehandelnden Arzt anzusetzende extrabudgetäre GOP gemäß Abschnitt 31.4 des EBM. Der Vertragsarzt, der die postoperative Behandlung abrechnet, muss den Überweisungsschein in seiner Praxisverwaltungs-Software anlegen. Das OP-Datum ist zwingend im Feld 5034 anzugeben.

Dies gilt auch dann, wenn die ambulante Operation gemäß § 115b SGB V (ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe) im Krankenhaus vorgenommen wurde.

EBM Anpassung Kapitel 30.13 (spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung)

Zum 1. Oktober 2017 entfällt die Überweisungspflicht bei der spezialisierten geriatrischen Behandlung gemäß Kapitel 30.13 EBM. Dies betrifft zwei Sachverhalte auf dem Boden der verpflichtenden Bundesangaben.

1. BAG und MVZ

Sind innerhalb einer BAG oder eines MVZs sowohl Hausärzte als auch spezialisierte Geriater tätig, kann das weiterführende geriatrische Assessment (GOP 30984) für eigene Patienten nun auch ohne Überweisung abgerechnet werden. Voraussetzung ist wie bisher das Vorliegen eines aktuellen hausärztlichen geriatrischen Basisassessments (GOP 03360).

Die Abklärung und konsiliarische Beratung zwischen Hausarzt (GOP 30980) und Geriater (30981) innerhalb einer BAG oder eines MVZs ist ebenfalls berechnungsfähig. Wegen des geringeren Aufwands bei gemeinschaftlicher Behandlung erfolgt die Vergütung zu 50 Prozent.

Bitte rechnen Sie in diesen Fällen die GOP 30980D und 30981D ab.

2. Hausärzte mit Genehmigung zur spezialisierten Geriatrie

Geriatrisch spezialisierte Hausärzte dürfen nun für ihre eigenen Patienten das weiterführende Assessment (GOP 30984) selbst durchführen. Die Überweisungspflicht entfällt auch hier. Voraussetzung ist jedoch, dass die Notwendigkeit des Assessments durch einen anderen mitbeurteilenden Geriater (formlos) bescheinigt wird. Die Beurteilung kann im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten oder anhand schriftlicher Unterlagen erfolgen. Abgerechnet wird durch den mitbeurteilenden Geriater die GOP 30981.

Drei neue GOPs zur Vergütung bei Verordnung von Cannabis

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben seit dem 10. März 2017 Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität sowie auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Eine Krankheit gilt als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

Für die Verordnung von Cannabis sind rückwirkend zum 1. Oktober 2017 drei extrabudgetär vergütete neue Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Damit soll der Aufwand in den Vertragsarztpraxen abgebildet werden.

GOP 01460: „Aufklärung über die Begleiterhebung“

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Patienten vor der ersten Verordnung von Cannabis einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren.

GOP 01461: „Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung“

Die erforderlichen Daten für die Begleiterhebung sind vom Vertragsarzt, der die Leistung verordnet, in elektronischer Form an das BfArM zu übermitteln. Die dafür benötigten Daten werden von ihm in anonymisierter Form übermittelt. Das Zugangsportale zur Cannabisbegleiterhebung ist erreichbar unter: www.begleiterhebung.de. Die GOP 01461 kann je genehmigter Leistung einmal berechnet werden, entweder nach Ablauf eines Jahres nach Beginn der Therapie oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes. Bei Therapiewechsel ist die GOP 01461 erneut ansetzbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall.

Der Begleiterhebungszeitraum endet zum 31. März 2022. Für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Cannabis-Leistung befinden und für die eine zweite Erhebung in diesem Zeitraum erforderlich ist, ist die GOP 01461 einmal berechnungsfähig.

GOP 01626: „Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder in Form von Extrakten beziehungsweise Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon einmal je Erstverordnung“

Die GOP 01626 ist für die Unterstützung des Patienten bei der Antragsstellung auf Versorgung mit Cannabis berechnungsfähig. Sie kann bis zu viermal im Krankheitsfall berechnet werden, da eine Genehmigung für jede Erstverordnung erforderlich ist (auch bei Wechsel, beispielsweise von getrockneten Blüten zu Extrakten).

GOP	Leistung	Bewertung
01460	Aufklärung über Begleiterhebung / Aushändigung des Informationsblattes	28 Punkte / 2,95 Euro
01461	Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung	92 Punkte / 9,69 Euro
01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	143 Punkte / 15,06 Euro

Die Verordnung von Cannabinoiden muss durch die Kassen genehmigt werden. Um die Genehmigung zu beantragen, muss der Arzt einen Fragebogen ausfüllen.

Diese und weitere Informationen rund um das Thema Cannabis finden sich auf der Homepage unter:



www.kvbawue.de » Praxis »
Verordnungen » Arzneimittel »
Cannabis: Arztfragebogen



www.kvbawue.de » Presse »
Publikationen » Verordnungsforum 41, 43

Bei Fragen zur Abrechnung helfen Ihnen die Mitarbeiter der Abrechnungsberatung gern weiter:
0711 7875-3397, abrechnungsberatung@kvbawue.de

Für Fragen zum Thema Arzneimittelverordnung steht Ihnen die Gruppe Verordnungsberatung Arzneimittel zur Verfügung:
0711 7875-3663, verordnungsberatung@kvbawue.de

Rückwirkende Änderungen im Kapitel 35 EBM

Psychotherapie: Die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35141 (vertiefte Exploration) und der GOP 35142 (Zuschlag für die Erhebung

ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) gegen genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Abschnitts 35.2. wurden rückwirkend zum 1. April 2017 aufgehoben.

Zukünftig ist es somit möglich, diese Leistungen im Anschluss an eine therapeutische Sitzung zu erbringen und abzurechnen, wenn die Leistungsinhalte erfüllt sind (zum Beispiel eine mindestens 20 Minuten längere Sitzung, um die „Vertiefte Exploration“ nach GOP 35141 zu erbringen und abzurechnen).

Insbesondere für die GOP 35141 muss beachtet werden, dass durch die Aufhebung des Abrechnungsausschlusses die Erbringung in einer „Sitzung“ und damit in einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt betont wird. Weiterhin ist zu beachten: Für die GOP 35141 werden 21 Minuten und für die GOP 35142 fünf Minuten Prüfzeit auf das Tagesprofil angerechnet .

Rückwirkend ab 1. Juli 2017 ist die GOP 35130 auch für den Bericht an den Gutachter oder Obergutachter im Rahmen der Beantragung von Kurzzeittherapien der analytischen Psychotherapie abrechenbar.

Abrechnung und Dokumentation psychosomatischer Leistungen nach den GOPs 35100 und 35110

Im Rahmen der Abrechnungsprüfungen wird immer wieder festgestellt, dass bei Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 35100 und 35110 EBM die notwendigen Voraussetzungen und Leistungsinhalte nicht erfüllt werden.

Berücksichtigen Sie deshalb folgende Punkte, um nachträgliche Korrekturen zu vermeiden: Die GOPs können nur abgerechnet werden, wenn die differentialdiagnostische Klärung oder die Intervention jeweils mindestens 15 Minuten für sich alleine in Anspruch genommen hat. Wird diese Mindestdauer nicht erreicht beziehungsweise nur durch die parallele Erbringung anderer Leistungen erzielt, dürfen die GOPs nicht abgerechnet werden.

Die Ergebnisse der diagnostischen Erhebung beziehungsweise die wesentlichen Interventionsinhalte sollten im Falle einer Prüfung schriftlich aus der Patientendatei hervorgehen können. Zum Beispiel folgendermaßen:

GOP 35100:

- Angabe eines ICD mindestens als Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung/Erkrankung,
- der Zeitrahmen des Gesprächs,
- die konkret zu klärenden/geklärten Fragen,
- Zusammenfassung der Ergebnisse in Form einer Darstellung der festgestellten oder vermuteten ätiologischen Zusammenhänge.

GOP 35110:

- Angabe eines ICD **als gesicherte Diagnose** einer somatoformen Störung/Erkrankung,
- Ziel des Gesprächs,
- Zeitrahmen des Gesprächs,
- gegebenenfalls konkret zu klärende Fragen,
- Art, Umfang und subjektiver Eindruck des Therapeuten zur Auswirkung der Intervention,
- Zusammenfassung der Ergebnisse.

Kurze Notizen wie zum Beispiel „Intervention“ oder die alleinige Angabe der GOP sind in diesem Zusammenhang nicht ausreichend.

Ergänzende Informationen - auch zur fachlichen Ausgestaltung der Dokumentationsinhalte - erhalten Sie aus dem Curriculum der Bundesärztekammer „Psychosomatische Grundversorgung - Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung“



www.bundesaerztekammer.de » Ärzte » Aus-, Weiter-, Fortbildung » Fortbildung » Curricula und Materialien » Curriculum Psychosomatische Grundversorgung [PDF]

Bundessozialgericht (BSG) bestätigt Umsetzungsverpflichtung der KV (AZ: B 6 KA 8/15 R und B 6 KA 14/15 R)

Die Krankenkassen haben vom Gesetzgeber ebenso wie die Kassenärztlichen Vereinigungen den Auftrag erhalten, die Abrechnungen zu prüfen. Bisher hat die KVBW, als Interessensvertretung der Mitglieder, daraus resultierende Korrekturanträge der Krankenkassen nicht unbesehen akzeptiert, sondern vorab einer Prüfung unterzogen. Viele Korrekturen konnten dadurch abgewendet werden.

Das BSG hat nun entschieden, dass eine Vielzahl der Prüfergebnisse der Krankenkassen von der KVBW nicht mehr in Frage gestellt werden dürfen. Deren Korrekturen müssen unmittelbar weitergegeben werden. Nach dieser Rechtsprechung können die Krankenkassen sogar bis zu vier Jahre nach dem Honorarbescheid noch Korrekturen für die Abrechnung verlangen.

Achtung: Die Prüfergebnisse der Krankenkassen sind jedoch nicht immer zutreffend. Da die KVBW aber keine Interventionsmöglichkeit mehr hat, bleibt nur noch der Weg eines Widerspruchs. Dieser ist aber nur dann erfolgversprechend, wenn die Forderung der Krankenkasse im Einzelfall unberechtigt erfolgt ist und deren Angaben unrichtig sind. Für einen Widerspruch bleibt nur ein Monat nach Erhalt des Korrekturbescheides Zeit.

Die KVBW unterstützt berechtigte Widersprüche bestmöglich.

Weitere Informationen zum Thema Abrechnungsprüfungen gem. § 106d SGB V erhalten Sie in einem Merkblatt auf unserer Homepage.



www.kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Abrechnungsprüfung » Merkblatt Abrechnungsprüfung

Finanzwesen

Vergütung für Screening zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen ab 1. Januar 2018

Seit 10. Juni 2017 ist die neue Richtlinie Ultraschall-screening auf Bauchortenaneurysmen (US-BAA-RL) in Kraft. Sie sieht ein einmaliges Screening zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen mittels sonographischer Untersuchung für Männer ab 65 Jahren vor.

Der Bewertungsausschuss hat daraufhin folgende EBM-Anpassung beschlossen:

Zum 1. Januar 2018 werden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOPs) 01747 und 01748 in den EBM-Abschnitt 1.7.2 „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ aufgenommen. Die beiden neuen GOPs werden als Präventionsleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Ärzte der genannten Fachgruppen, die bereits über eine Genehmigung der KVBW gemäß der Ultraschallvereinbarung Anwendungsbereich 7.1 (Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Niere, transkutan) verfügen, benötigen für die Erbringung und Abrechnung der GOP 01748 keine weitere Genehmigung.

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
01747	Aufklärung zum Screening auf Bauchortenaneurysmen und Ausgabe der Versicherungsinformation <ul style="list-style-type: none">für Hausärzte, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologenauch im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) möglich	57 Punkte 6,07 Euro
01748	Ultraschallscreening der Bauchorta <ul style="list-style-type: none">für Hausärzte, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und RadiologenVoraussetzung ist eine Genehmigung der KVBW nach der UltraschallvereinbarungBei Untersuchung weiterer Organe auch neben GOP 33042 (Sonographie Abdomen) möglich. In diesen Fällen ist jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen.	148 Punkte 15,77 Euro

Terminübersicht 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 1. Quartal 2018:

Donnerstag 25. Januar 2018
Montag 26. Februar 2018
Montag 26. März 2018

Honorar 1. Quartal 2018

Die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden zur vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2018 konnten in diesem Jahr **noch nicht abgeschlossen** werden. Jedoch haben wir die notwendigen Regelungen mit den Kassenverbänden vereinbart, um Ihre Vergütung für das **1. Quartal 2018 übergangsweise** sicherzustellen. Für die Übergangszeit, bis es zu einer Einigung kommt, bitten wir Sie, alle Leistungen, wie Sie es aus dem Jahr 2017 gewohnt sind, weiter in der Abrechnung anzusetzen und entsprechend zu kennzeichnen.

Hier die Ergebnisse der Übergangslösung für das 1. Quartal 2018 in Kürze:

- Punktwert in Baden-Württemberg von 10,53 Cent gemäß Bundesvorgabe um 1,18 Prozentpunkte auf 10,6543 Cent erhöht,
- Fortführung aller bisherigen Einzelleistungen (außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung [MGV]),
- zunächst Aussetzen aller Zuschläge und besonders förderungswürdige Leistungen, bis es zu einer Einigung gekommen ist. Für die Übergangszeit, bis es zu einer Einigung kommt, bitten wir Sie, Ihre Leistungen, wie Sie es aus dem Jahr 2017 gewohnt sind, weiter in der Abrechnung anzusetzen und entsprechend zu kennzeichnen. Dies ist Voraussetzung dafür, dass wir die Förderung eventuell erneut umsetzen können.

Amtliche Bekanntmachungen

Eine vorläufige Gesamtübersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen sowie die Einzelleistungen im 1. Quartal 2018 wird auf unserer Homepage veröffentlicht (www.kvbawue.de » Praxis » Abrechnung-Honorar » EBM-Regionale-Gebührenziffern » Einzel- und geförderte Leistungen » Suchbegriff: Einzelleistungen, geförderte Leistungen) und später durch eine endgültige Gesamtübersicht abgelöst. Auf Anforderung senden wir Ihnen diese auch gerne zu.

Sobald eine Einigung im Honorar 2018 erzielt ist, werden wir entsprechend informieren.

Für weitere Fragen steht Ihnen unsere Abrechnungsberatung telefonisch oder per E-Mail gerne zur Verfügung.
0711 7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

Zahlungsverlangen der Krankenkassen

Soweit einzelne Krankenkassen wegen angeblicher sachlich-rechnerischen Unrichtigkeiten der Honorarabrechnung direkt an Sie herantreten und Zahlungen an sich verlangen, ist diese Vorgehensweise unzulässig. Dies gilt unabhängig davon, ob Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder Einzelleistungen betroffen sind.

Eine Krankenkasse darf gegen Sie keinen vermeintlichen Erstattungsanspruch aus Honorarkorrekturen geltend machen. Sofern zutreffend, müsste eine Honorarberichtigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Nur diese kann von Ihnen den Erstattungsbetrag zurückverlangen.

Weitere Informationen:
Melisa Hamzic, Rechtsbereich
Melisa.Hamzic@kvbawue.de

Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (A)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2017 die 7. Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 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 vorbehaltlich der Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg als Aufsichtsbehörde zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Änderung der Entschädigungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (A)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2017 die 2. Änderung der Entschädigungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 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 vorbehaltlich der Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg als Aufsichtsbehörde zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Änderung der Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 11. Oktober 2017 Folgendes beschlossen:

„Die Notfalldienstordnung der KVBW in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 19.06.2013 geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 04.12.2013, 09.07.2014 und 07.10.2015 in Kraft mit Wirkung vom 01.01.2016 wird wie folgt geändert:

- a. In § 2 Abs. 6 Satz 1 wird das Wort „Vorstand“ gestrichen und durch die Wörter „ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied“ ersetzt.
- b. In § 2 Abs. 8 Satz 9, 3. Spiegelstrich, werden die Wörter „Abs. 6“ gestrichen und durch die Wörter „Abs. 5“ ersetzt.
- c. In § 2 Abs. 8 Satz 9, 5. Spiegelstrich, wird im ersten Satzteil das Wort „Vorstand“ gestrichen und durch die Wörter „ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied“ ersetzt und im zweiten Satzteil wird das Wort „Vorstand“ gestrichen und durch die Wörter „ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied“ ersetzt.
- d. In § 2 Abs. 8 Satz 9, 5. Spiegelstrich, wird hinter dem Wort „liegen“ ein Komma eingefügt.
- e. In § 2 Abs. 9 Satz 3, 1. Spiegelstrich, werden die Wörter „in Abstimmung und“ vor die Wörter „mit Zustimmung“ eingefügt und das Wort „Vorstand“ gestrichen und durch die Wörter „ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied“ ersetzt.
- f. In § 2 Abs. 9 Satz 3 wird ein weiterer (8.) Spiegelstrich ergänzt und die Wörter „die Festsetzung des Aufwendungsersatzes nach § 7 Abs. 9 Satz 4“ eingefügt.
- g. In § 4 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „Satz 3“ gestrichen und durch die Wörter „Satz 4“ ersetzt.
- h. In § 4 Abs. 3 Satz 2 wird hinter dem Satzteil „durch Genehmigung zugeordnet wurde“ das Komma gestrichen.
- i. In § 6 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Ärztinnen“ die Wörter „und Ärzte“ eingefügt sowie nach dem Wort „Antrag“ die Wörter „ganz oder teilweise“ eingefügt und die Wörter „für die Folgezeit“ werden gestrichen.
- j. In § 6 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „auf Antrag ganz oder teilweise“ ergänzt.
- k. In § 7 Abs. 9 Satz 2 wird vor dem Wort „Nichtantritt“ das Wort „verschuldetem“ gestrichen.
- l. In § 7 Abs. 9 wird nach dem Satz 3 ein neuer Satz 4 mit den Wörtern „Die Festsetzung des Aufwendungsersatzes erfolgt durch die Notfalldienst-Kommission.“ eingefügt. Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.

Die Änderungen der Notfalldienstordnung treten vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde zum 01.01.2018 in Kraft.“

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Würt-

temberg wurde mit Schreiben vom 13. Oktober 2017 erteilt. Die beschlossenen Änderungen werden hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und treten am 1. Januar 2018 in Kraft.

Die Notfalldienstordnung in ihrer neuen Form finden Sie unter:



www.kvbawue.de » Praxis »
Verträge&Recht » Rechtsquellen »
KVBW Satzung&Rechtsquellen »
Notfalldienstordnung

Änderung des Statuts zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 11. Oktober 2017 Folgendes beschlossen:

„Das Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 09.07.2014, geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 06.05.2015 und 07.10.2015 in Kraft mit Wirkung vom 01.01.2016 wird wie folgt geändert:

- a. In zu § 9 Abs. 1 und Abs. 2 NFD-O, Satz 3, werden die Wörter „§ 19“ gestrichen und durch die Wörter „§ 20“ ersetzt.
- b. In zu § 9 Abs. 1 und Abs. 2 NFD-O wird nach Satz 4 ein neuer Satz 5 mit den Wörtern „Für Fachgruppen ohne einen Anrechnungsfaktor in der Bedarfsplanung wird für die Berechnung der umsatzunabhängigen monatlichen Kopfpauschale auf den Abrechnungsfaktor abgestellt, im Übrigen gilt Satz 4 entsprechend.“ eingefügt. Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6.

Die Änderungen des Statuts zur Notfalldienstordnung treten vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde zum 01.01.2018 in Kraft.“

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde mit Schreiben vom 13. Oktober 2017 erteilt. Die beschlossenen Änderungen werden hiermit gemäß § 24 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und treten am 1. Januar 2018 in Kraft.

Das Statut ist zu finden unter:



www.kvbawue.de » Praxis »
Verträge&Recht » Rechtsquellen »
KVBW Satzung&Rechtsquellen »
Statut Notfalldienstordnung

Richtlinie zum Modellprojekt DocDirekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2017 die „Richtlinie zum Modellprojekt DocDirekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg“ beschlossen.

Der vollständige Text der Richtlinie kann auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg nachgelesen werden.



www.kvbawue.de » Praxis »
Verträge-Recht »
Bekanntmachungen » DocDirekt

Auf Anforderung wird Ihnen der Text der Bekanntmachung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt. Sie können die Bekanntmachung anfordern über 0711 7875-3880 oder per E-Mail docdirekt@kvbawue.de.

Die Richtlinie wird hiermit gemäß § 24 Abs. 2 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt rückwirkend mit Wirkung vom 1. Oktober 2017 in Kraft.

Richtlinie zur Förderung des Modellprojekts „RegioPraxisBW“

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2017 die Aufhebung der „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Förderung des Modellprojekts „RegioPraxisBW““ beschlossen, da diese im Wesentlichen durch die ZuZ-Förderrichtlinie abgelöst wird.

Die amtliche Bekanntmachung kann auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg nachgelesen werden.



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge-
Recht » Bekanntmachungen »
RegioPraxisBW

Auf Anforderung wird Ihnen der Text der Bekanntmachung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt. Ansprechpartner hierfür ist: Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung, Sachgebiet Strategie, Kooperation und Nachwuchs:
0711 7875-3880, ZielundZukunft@kvbawue.de.

Die Aufhebung der Richtlinie wird hiermit gemäß § 24 Abs. 2 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt zum 6. Dezember 2017 in Kraft.

Beschlüsse des Landesausschusses

Die Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg (Landesausschuss) aus seiner Sitzung vom 24. Oktober 2017 finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Bekanntmachungen » Landesausschuss.

Auf Anforderung kann der Beschlusstext im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Bitte wenden Sie sich hierzu an die Geschäftsstelle des Landesausschusses unter 0711 7875-3675.

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 auf:



www.kvbawue.de » Praxis » Niederlassung » Ausgeschriebene Praxissitze

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 auszu-schreiben.

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 Onlinebörse auf der Homepage der KVBW können Ärzte und Psychotherapeuten Praxisnachfolger suchen oder Räumlichkeiten, die sich als Praxisräume eignen, anbieten:



www.kvbawue.de » Praxis » Börsen

Qualitätssicherung & Verordnungen

Fortbildungspflicht in der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit

Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg müssen sich regelmäßig auf dem Gebiet der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit fortbilden (§ 5 Abs. 8 Satz 2 Satzung KVBW).

Diese satzungsrechtliche Fortbildungsverpflichtung unterscheidet sich von der fachlichen Fortbildungspflicht, in der Fortbildungspunkte erworben werden müssen (§ 95d Abs. 1 SGB V). Die vom Gesetzgeber festgelegte fachliche Fortbildungspflicht soll die durch Aus- und Weiterbildung erworbene fachliche Kompetenz fördern. Dies soll der Fortentwicklung durch die Anpassung an den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse dienen. Die vertragsarztspezifische/psychotherapeutspezifische Fortbildung umfasst die satzungsrechtliche Fortbildung.

Ziel der satzungsrechtlich-spezifischen Fortbildung ist es, spezielle Kenntnisse zu den gesetzlichen und weiteren Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung zu vermitteln. Dazu gehören zum Beispiel die Teilnahme am vertragsärztlichen Notfalldienst, spezifische vertragsärztliche/psychotherapeutische Dokumentationspflichten, Konsequenzen aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot, die zu verwendenden Vordrucke, das Abrechnungswesen, die korrekte Codierung.

Die Management Akademie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bietet hierzu regelmäßig sogenannte „Starterseminare“ für neu niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie weitere Fortbildungskurse an. Diese Seminare helfen auch, den Praxisalltag besser zu bewältigen und Abrechnungsfehler et cetera zu vermeiden. Sie können auch von bereits länger Niedergelassenen besucht werden, die ihre Kenntnisse aktualisieren wollen.



www.mak-bw.de

Selbstverständlich können Sie Ihrer Fortbildungspflicht auch durch die Teilnahme an vergleichbaren Fortbildungsmaßnahmen anderer Anbieter genügen.

Direktkontakt MAK

0711 7875-3535, Fax: 0711 7875-483888, info@mak-bw.de

Neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) zu den internistischen DMP ab 1. Juli 2017

Übergangsfrist endet am 31. Dezember 2017

Wir hatten bereits über die seit 1. Juli 2017 neu eingeführten TE/EWE für alle internistischen DMP informiert. Bitte beachten Sie, dass alte TE/EWE in Ihrer Praxis im Rahmen der Übergangsfrist nur noch bis zum 31. Dezember 2017 verwendet werden dürfen. Weitere Restbestände sind nach diesem Datum zu vernichten. Die Bestellung von Teilnahmeerklärungen kann nach Belieben entweder beim WBR-Verlag (AOK) oder Kohlhammer-Verlag (übrige Kassenarten) erfolgen.

Entsprechende Bestellformulare finden Sie auf unserer Homepage unter



www.kvbawue.de » Praxis » Neue Versorgungsmodelle » DMP



Bestellfax Kohlhammer

Neues Heilmittel ab 1. Januar 2018: „Ambulante Ernährungstherapie“

Zum 1. Januar 2018 wird die ambulante Ernährungstherapie in die Heilmittel-Richtlinie mit aufgenommen.

Als GKV-Leistung ist diese **nur** für Patienten mit **seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen** (zum Beispiel Phenylketonurie, Harnstoffzyklusdefekte, Formen der Glykogenose, Glutarazidurie) und für Patienten mit **zystischer Fibrose** (Mukoviszidose) verordnungsfähig, wenn sie zwingend erforderlich ist, da ohne Therapie schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen.

Ziel ist es, eine wohnortnahe Versorgung der Patienten zu ermöglichen und die Lebenserwartung zu verbessern. Die Ernährungstherapie umfasst insbesondere die Beratung zur Auswahl und Zubereitung natürlicher Nahrungsmittel und zu krankheitsspezifischen Diäten sowie die Erstellung und Ergänzung eines Ernährungsplans.

Durchgeführt wird die ambulante Ernährungstherapie zum Beispiel von Diätassistenten oder Ökotrophologen mit speziellen Kenntnissen und Therapieerfahrungen.

Nicht jeder Arzt darf die ambulante Ernährungstherapie verordnen

Die Verordnung erfolgt grundsätzlich durch einen Vertragsarzt, der auf die Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose spezialisiert ist (eine Facharztbezeichnung oder Qualifikation ist nicht vorgegeben). Das ist in der Regel derjenige Arzt, der die krankheitsspezifische Behandlung schwerpunktmäßig durchführt und über eine besondere Expertise und umfangreiche Erfahrungen in der Behandlung dieser Erkrankungen verfügt.

Der G-BA versteht darunter Vertragsärzte, die umfassende Kenntnisse über die Anwendung spezifischer diagnostischer Methoden und therapeutischer Verfahren haben. Dies beinhaltet auch die Notfalltherapie bei Stoffwechselkrisen. Ausnahmsweise, zum Beispiel, wenn ein

Patient allein wegen einer Folgeverordnung einen Spezialisten aufsuchen müsste, darf auch ein nicht-spezialisierter Vertragsarzt eine Folgeverordnung ausstellen. Dies setzt allerdings eine Abstimmung mit dem Spezialisten voraus. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die vorausgegangene Verordnung vom Spezialisten ausgestellt wurde und diese nicht länger als zwölf Monate zurück liegt.

Verordnung: Muster 18

Die Ernährungstherapie wird als Einzeltherapie (auch Gruppentherapie möglich) auf das Muster 18 (Ergotherapie/Ernährungstherapie) verordnet. Ab Januar 2018 wird das Muster um die Überschrift Ernährungstherapie ergänzt. Die alten Verordnungs-Muster dürfen noch aufgebraucht werden.

Verordnet werden Behandlungseinheiten à 30 Minuten. Falls therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag verordnet werden. Frequenz und Dauer der Therapie erfolgen symptomorientiert und müssen individuell an den Krankheitszustand des Patienten angepasst werden.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Aufgrund der Langfristigkeit und Schwere der funktionellen/strukturellen Schädigung des Verdauungs- und Stoffwechselsystems hat der G-BA die Liste des Langfristigen Heilmittelbedarfs um die ambulante Ernährungstherapie erweitert. Somit fließen die Verordnungskosten der ambulanten Ernährungstherapie für die genannten Diagnosen nicht in das Heilmittel-Verordnungsvolumen ein.

Für die ambulante Ernährungstherapie muss bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen der Indikationsschlüssel SAS ausgewählt werden. Zur Erkennung des langfristigen Heilmittelbedarfs hat der G-BA auf definierte ICD-10-Codes verzichtet. Wenn aus dem ICD-10-Code der Verordnung nicht deutlich hervorgeht, dass es sich um eine seltene angeborene Stoffwechselerkrankung handelt, für die die ambulante Ernährungstherapie zwingend erforderlich ist, sollte dies schriftlich ergänzt werden.

Die Verordnung der ambulanten Ernährungstherapie bei zystischer Fibrose muss mit dem Indikationsschlüssel CF gekennzeichnet werden. Im Gegensatz zu den selten angeborenen Stoffwechselerkrankungen liegen hier definierte ICD-10-Codes vor (E84.-).

Weitere Änderungen zum langfristigen Heilmittelbedarf gültig ab 1. Januar 2018

Neben der Aufnahme der ambulanten Ernährungstherapie (siehe „Neues Heilmittel ab 1. Januar 2018: Ambulante Ernährungstherapie“) zum langfristigen Heilmittelbedarf kommt es zu Änderungen bei den Diagnosen „G24.3 Torticollis spasticus“ und der Systemischen Sklerose (M34.0 und M34.1).

Unter dem ICD-10 Code „G24.3 Torticollis spasticus“ wird die Diagnosegruppe WS2 gestrichen und durch die Diagnosegruppe ZN1 und ZN2 ersetzt. Bei dem Torticollis spasticus (zervikale Dystonie) handelt es sich um eine neurologisch bedingte Fehlhaltung des Halses, die auch bei unter 18-Jährigen auftritt. Sie wird mit KG-ZNS beziehungsweise KG-ZNS Kinder und mit Wärmetherapie/Kältetherapie behandelt, wodurch der Muskeltonus reguliert und vorhandenen Spastiken entgegengewirkt wird.

Die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie nahm bislang fälschlicherweise auf Wirbelsäulenerkrankungen Bezug, sodass die tatsächlich benötigten Formen der Krankengymnastik nicht ohne Weiteres als langfristigen Heilmittelbedarf qualifiziert wurden.

Unter den ICD-10 Codes M34.0 Progressive systemische Sklerose und M34.1 CR(E)ST-Syndrom wird die Diagnosegruppe SB1 gestrichen und die Diagnosegruppe SB7 ersetzt. Bei den in der Diagnoseliste benannten Formen der systemischen Sklerose handelt es sich um eine entzündlich rheumatische Systemerkrankung, die zu den sogenannten Kollagenosen zählt und in der Mehrzahl der Fälle mit Gelenkbeschwerden in Form von Steifigkeit, Gelenkschmerzen und Schwellungen einhergeht. Sie sind daher den Diagnosegruppen SB5 „Gelenkerkrankungen/ Störungen der Gelenkfunktion mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf“ und SB7 „Erkrankungen

mit Gefäß- Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, systemische Erkrankungen“ zuzuordnen.

Damit die benötigte Form der Ergotherapie auch ohne Weiteres als langfristiger Heilmittelbedarf erbracht werden kann, erfolgt die entsprechende Anpassung. Da bei dieser Erkrankung grundsätzlich keine Wirbelsäulenbeteiligung vorliegt, besteht kein langfristiger Bedarf an ergotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen der Diagnosegruppe SB1 erbracht werden. Die SB1 wird daher gestrichen.

Langfristiger Heilmittelbedarf – Lymphödeme ab Stadium II und III

Zum 30. Mai 2017 hat der G-BA weitere Erkrankungen des Lymphsystems als langfristigen Heilmittelbedarf in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie mit aufgenommen. Neben den Lymphödemem im Stadium III (ICD-10-Code: I89.02 und I89.05) wurden weitere Erkrankungen, auch mit Lymphödemem im Stadium II, bei Verordnung von Lymphdrainage mit dem Indikationsschlüssel LY2 dem langfristigen Heilmittelbedarf zugeordnet. Die Kosten für diese Verordnungen fließen nicht ins Verordnungsvolumen der verordnenden Praxis mit ein. Die Liste der neu hinzugefügten Diagnosen (ICD-10-Codes) ist unter „Aktuelles“ auf der KVBW-Homepage, im Verordnungsforum 42 und im Rundschreiben Juni 2017 veröffentlicht worden.

Für alle Fragen rund um das Thema Heilmittel-Richtlinie steht Ihnen die Gruppe Beratung Verordnungsweise zur Verfügung: 0711 7875-3669, verordnungsberatung@kvbawue.de

Schutzimpfungsvereinbarung zum 1. November 2017 geändert

Aufgrund von Änderungen in der aktuellen Schutzimpfungs-Richtlinie wurde die Vereinbarung über die Versorgung mit Schutzimpfungen gemäß § 132e Absatz I SGB V (Schutzimpfungsvereinbarung – KVBW) zum 1. November angepasst.

Für Tollwut-Impfungen, die als Reiseschutzimpfung zu Lasten der GKV verordnet und abgerechnet werden dürfen (im Rahmen beruflich bedingter Auslandsaufenthalte, sofern der Arbeitgeber nicht zur Zahlung verpflichtet ist oder im Rahmen einer Ausbildung, wenn der Auslandsaufenthalt durch Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist), gibt es seit November eine eigene Imp fziffer. Für die ersten beiden Dosen zur Grundimmunisierung ist die Ziffer 89140A anzusetzen, für die letzte Dosis der Grundimmunisierung die Ziffer 89140B. Eine Auffrischimpfung erfolgt entsprechend über die 89140R. Die Verordnung wird über ein Kassenrezept (Muster 16) auf den Namen des Patienten ausgestellt.

Wichtig: Hierbei handelt es sich nicht um den Bezug von Tollwutimpfstoffen für private Auslandsreisen. Diese sind weiterhin privat zu verordnen und abzurechnen.

Neu ist auch die Imp fziffer 89119 R. Diese ist zur Auffrischung einer Pneumokokken-Standardimpfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff für Personen ab 60 Jahre, die nach individueller Indikationsstellung erfolgen kann, frühestens jedoch sechs Jahre nach der letzten Impfung.

Darüber hinaus wurden die Sonderregelungen zur Verwendung des nasalen Influenza-Impfstoffs aus der Schutzimpfungsvereinbarung gestrichen, da die aktuelle Schutzimpfungs-Richtlinie keine präferenzielle Empfehlung mehr für diesen Impfstoff vorsieht.

Weitere Informationen stehen auf der Homepage der KVBW zur Verfügung. Hinweise zum Thema Reiseschutzimpfungen entnehmen Sie dem FAQ Schutzimpfungen. Hinweise zum nasalen Grippeimpfstoff gibt es unter „Aktuelles“. Die aktuelle Schutzimpfungsvereinbarung ist unter der Rubrik „Verträge & Recht“ Stichwort „Impfen“ zu finden. Im Einzelfall kann sie auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Informationen bei Fragen zur Verordnung von Impfstoffen: 0711 7875-3669

LSG-Urteil: Rechtliche Bedenken gegenüber einer Mischpreisbildung bei Arzneimitteln

Bei neuen Arzneimitteln, die eine frühe Nutzenbewertung durchlaufen haben, liegt häufig die Konstellation vor, dass sie nur bei bestimmten Patienten-Subgruppen einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie aufweisen, bei anderen hingegen nicht. Dennoch haben diese Arzneimittel nur einen zwischen Kassen und Herstellern ausgehandelten Preis. Dieser wird als Mischpreis bezeichnet.

Das LSG Berlin-Brandenburg hat nun in Urteilen vom 28. Juni 2017 (Az. L 9 KR 213/16 und L 9 KR 72/16 KL) ausgeführt, dass erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Mischpreise bestünden. Wenn Arzneimittel in den Patienten-Subgruppen verordnet werden, für die kein Zusatznutzen belegt wurde, sei der Mischpreis, wenn er teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, nicht nutzenadäquat und potentiell unwirtschaftlich. Eine Revision des Urteils wurde aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zugelassen.

Bedeutung für den Arzt

Das LSG macht darauf aufmerksam, dass die Festlegung eines Mischpreises somit zu einem nicht unerheblichen Regressrisiko für den verordnenden Arzt führen könne, wenn ein Arzneimittel in einer Patientengruppe ohne Zusatznutzen verordnet wird und eine wirtschaftlichere Vergleichstherapie vorliegt.

Auch bei der Verordnung von Arzneimitteln, die der frühen Nutzenbewertung unterzogen wurden, besteht die Verpflichtung, die Wirtschaftlichkeit zu beachten – genau wie bei allen anderen Arzneimittelverordnungen und unabhängig vom Urteil. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) ist bei medizinisch gleichwertigen Therapiemöglichkeiten die wirtschaftlichste Therapie zu bevorzugen.

Deshalb empfiehlt die KVBW: Wird ein Arzneimittel innerhalb einer Patienten-Subgruppe verordnet, für die kein Zusatznutzen belegt werden konnte, muss der Behandlungsverlauf und die Therapieentscheidung sorg-

fältig dokumentiert und in der Patientenakte vollumfänglich begründet werden – auch unabhängig vom Ausgang des Gerichtsverfahrens. Aus der Dokumentation sollte auch hervorgehen, dass im begründeten Einzelfall die kostengünstigere Therapie keine zweckmäßige Option darstellt. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung können Sie so die Notwendigkeit der gewählten Therapie darlegen und das Risiko einer Nachforderung minimieren.

Weitere Informationen zur Verordnung von Arzneimitteln: 0711 7875-3663.

Beratungsangebot zum Sprechstundenbedarf

Einmal im Monat gibt es pro Standort (S, KA, RT) eine offene Beratungssprechstunde zum Thema Sprechstundenbedarf (SSB). Jeweils mittwochs von 12 bis 16 Uhr können Ärzte oder Mitarbeiter der Praxis die SSB-Berater ohne Voranmeldung persönlich kontaktieren. In Freiburg findet die SSB-Sprechstunde individuell auf Anfrage statt.

Diesen Service gibt es:

- in **Stuttgart** immer am ersten Mittwoch eines Monats,
- in **Karlsruhe** immer am zweiten Mittwoch eines Monats,
- in **Reutlingen** immer am dritten Mittwoch eines Monats,
- in **Freiburg** auf Anfrage (0711 7875-3660).

Der jeweilige Beratungsraum ist an der Anzeigetafel am Empfang ausgeschildert.

Lactobacillus-rhamnosus-GG-haltige Arzneimittel sind keine Kassenleistung mehr

Ausnahmeregelung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie gestrichen

Lactobacillus-rhamnosus-GG-haltige Arzneimittel (InfectoDiarrstop® LGG®) zur Behandlung von Diarrhöen bei Säuglingen und Kleinkindern sind seit dem 4. November 2017 nicht mehr verordnungsfähig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die bisherige Ausnahmeregelung in Anlage III Nummer 12 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) gestrichen. Nummer 12 regelt die Voraussetzungen, unter denen Antidiarrhoika ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verordnet werden können.

Studie als Beleg für verkürzte Diarrhö-Dauer ungeeignet

Grund für den Beschluss des G-BA sind neue Erkenntnisse zur sogenannten DIALAGG-Studie des Herstellers. Die Studie war 2015 ausschlaggebend dafür, eine Ausnahmeregelung in Anlage III AM-RL für die genannten Arzneimittel einzuführen. Aufgrund neuer Erkenntnisse ist die Studie jedoch nicht geeignet, die Verkürzung der Diarrhö-Dauer um mindestens einen Tag zu belegen.

Folgende Antidiarrhoika können weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden:

- Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- Escherichia coli Nissle 1917 bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen,
- Saccharomyces boulardii bei Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen,
- Motilitätshemmer nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptationsphase und bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.

Verträge & Richtlinien

Weitere Informationen

Die AM-RL und die Anlage III sind auf der Homepage unter:



www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie zu finden

Verordnungsberatung Arzneimittel
0711 7875-3663, verordnungsberatung@kvbawue.de

Polypharmaziecheck (GOP 98960) ab 1. Januar 2018 nicht mehr abrechnungsfähig

Die DAK-Gesundheit hat den Vertrag über die Durchführung eines Polypharmaziechecks zum 31. Dezember 2017 gekündigt. Daher können ab dem 1. Januar 2018 keine Leistungen (GOP 98960) mehr im Rahmen des Vertrages erbracht und über die KVBW abgerechnet werden.

Mehr Geld, weniger Bürokratie: Diabetesvertrag bei DAK-Gesundheit, mhplus BKK und Schwenninger

Jeweils 20 Euro außerbudgetär für bis zu fünf Module für frühzeitige Diagnostik und intensiviertete Behandlung diabetischer Comorbidität sind beim Vertrag mit der DAK-Gesundheit, mhplus BKK und Schwenninger möglich.

Der bereits Anfang 2015 mit der DAK-Gesundheit abgeschlossene Diabetesvertrag gilt seit letztem Jahr auch für die mhplus Betriebskrankenkasse und die Schwenninger Krankenkasse.

Teilnahmeberechtigte Ärzte:

Es 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 Teilnahmeformulars.

Die Teilnahme der Versicherten der DAK-Gesundheit, der mhplus BKK und der Schwenninger Krankenkasse mit Diabetes mellitus ist freiwillig und erfolgt durch einmalige Unterzeichnung einer Versichertenteilnahmeerklärung, welche ebenfalls von der KVBW zur Verfügung gestellt wird und nach Unterzeichnung an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden muss.

Im Rahmen des Vertrags können in bisher fünf definierten Versorgungsfeldern einmal jährlich Versorgungsprogramme zur Früherkennung diabetesbegleitender Komplikationen durchgeführt werden. Bei Entdeckung einer Begleiterkrankung erfolgt eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch die komplikationsspezifischen Weiterbetreuungsprogramme, welche je Versorgungsfeld zweimal im Kalenderjahr durchgeführt werden können.

Folgende Versorgungsfelder (Module) sind Bestandteil des Vertrages:

- Modul 1: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten
- Modul 2: Neurologische Komplikation: LUTS
- Modul 3: Vasculäre Komplikationen (PAVK)
- Modul 4: Diabetesleber
- Modul 5: Nephrologische Komplikationen

Die Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme werden mit jeweils 20 Euro extrabudgetär vergütet (das Versorgungsprogramm einmal jährlich, das Weiterbetreuungsprogramm zweimal jährlich).

Die Vereinbarungen, die Teilnahmeformulare und weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KVBW unter:



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A- Z » Diabetes.

Weitere Informationen:

Marija Terezija Grether, 0761 884-4350,
marija.grether@kvbawue.de.

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

Sechs Prozent höhere Vergütung von U10, U11 und J2 bei Knappschaftspatienten rückwirkend ab Juli 2017 erreicht

Die pauschale Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10, U11, J2 im Rahmen des oben genannten Vertrages mit der Knappschaft wird rückwirkend zum 1. Juli 2017 von 50 Euro auf 53 Euro erhöht. Damit erhöht sich auch die Sachkostenpauschale für die Dokumentationsunterlagen, welche von der KVBW an die BVKJ-Service GmbH abgeführt wird, von 0,85 auf 0,90 Euro je Leistung.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie auf der Homepage der KVBW:



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A- Z » Früherkennung und Frühförderung.

CoCare – Innovationsfondsprojekt zur Verbesserung der ärztlichen Pflegeheimversorgung startet in acht Landkreisen

Die KVBW hat sich vergangenes Jahr gemeinsam mit allen Krankenkassen- und Ersatzkassenverbänden sowie weiteren Partnern auf eine Förderung aus dem Innovationsfonds beworben und einen Zuschlag für das Projekt „CoCare (coordinated medical care) – koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“ erhalten. Ziel des Innovationsfonds ist es, Modellprojekte zu fördern, die eine Verbesserung zur bisherigen Regelversorgung aufzeigen können und diese anschließend bei guten Ergebnissen dauerhaft in die Regelversorgung zu überführen.

Ziel des Projektes CoCare ist bei deutlich verbesserter Vergütung der Ärzte die koordinierte Stärkung der haus- und fachärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, unter anderem durch interkollegiale Kommunikation und andere Kooperationsformen

mit den Pflegeeinrichtungen, um die Zahl der Hausbesuchsaktivitäten für den einzelnen Arzt oder vermeidbare Krankenhauseinweisungen oder Krankentransporte zu reduzieren. Mit diesem Forschungsprojekt soll eine dauerhafte Verbesserung der Versorgung der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erreicht werden, verbunden mit einer Optimierung der Kommunikation und einer Verbesserung der Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Das Projekt wird in den folgenden Landkreisen in Baden-Württemberg umgesetzt:

- Böblingen
- Rottweil
- Ludwigsburg
- Neckar-Odenwald-Kreis
- Schwarzwald-Baar-Kreis
- Baden-Baden mit Rastatt
- Freudenstadt
- Karlsruhe

Haus- und Fachärzte, die Patienten in den teilnehmenden Pflegeheimen in den Projektlandkreisen betreuen, können am Projekt teilnehmen und die zusätzlichen Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KVBW abrechnen. Hierfür stellt die KVBW auf der CoCare-Homepage eine Teilnahmeerklärung zur Verfügung, welche unterzeichnet an die auf der Teilnahmeerklärung genannte Stelle bei der KVBW zu übersenden ist.

Die Liste der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen finden Sie ebenfalls auf der CoCare-Homepage. Sollte die von Ihnen betreute Pflegeeinrichtung bisher nicht auf der Liste verzeichnet sein, sprechen Sie diese gerne auf eine Projektteilnahme an. Die teilnahmeinteressierten Pflegeeinrichtungen finden ebenfalls auf der CoCare-Homepage unter „Teilnahme Pflegeeinrichtungen“ ein Teilnahmeformular sowie einen Kurzfragebogen zur Anmeldung zum Projekt CoCare.

Weitere Informationen zum Projekt, den Vertrag mit Vergütungsverzeichnis und weitere Unterlagen finden Sie auf der CoCare-Homepage:

www.cocare.kvbawue.de



www.kvbawue.de » Über uns »
Kooperationen » CoCare

Weitere Fragen:

0711 7875-3883, cocare@kvbawue.de.

Neue DMP-Rahmenrichtlinie –Teilnahmedauer am DMP Brustkrebs ab 1. Oktober 2017 verlängert

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. Oktober 2017 die Anforderungen an die Behandlung im Rahmen des DMP Brustkrebs in die DMP-Anforderungen-Richtlinie als neue DMP-Rahmenrichtlinie überführt. Damit wurde sie an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Dabei wurde die Dauer der Teilnahme am DMP Brustkrebs von fünf Jahren Rezidivfreiheit nach abgeschlossener Primärtherapie (sechs Monate nach histologischer Sicherung des Brustkrebses) auf zehn Jahre nach histologischer Sicherung des Primärtumors beziehungsweise Rezidivs ausgeweitet. Die verlängerte Teilnahmedauer gilt ab 1. Oktober 2017 und ist in der ergänzenden Erklärung zum Grundvertrag DMP Brustkrebs geregelt.

Der genannte Grundvertrag ist innerhalb eines Jahres zum 1. Oktober 2018 an die Neuregelungen anzupassen. Über diese Anpassung wird gesondert informiert.

Die Umsetzung der verlängerten Teilnahmedauer zum 1. Oktober 2017 soll verhindern, dass Patientinnen erneut eingeschrieben werden müssen, die innerhalb der einjährigen Anpassungsfrist für den Grundvertrag DMP Brustkrebs die fünf Jahre Rezidivfreiheit nach Primärtherapie überschreiten oder bei denen das Rezidiv/kontralateraler Tumor innerhalb dieser Anpassungsfrist mehr als fünf einhalb Jahre zurückliegt.

Bei Patientinnen, deren Teilnahme zum 1. Oktober 2017 bereits beendet war und deren Ersttumor beziehungsweise lokoregionäres Rezidiv/kontralateraler Tumor weniger als zehn Jahre zurückliegt, ist eine Neueinschreibung erforderlich.

Für bereits eingeschriebene Versicherte gelten somit die folgenden Regelungen:

- Bei einer (aktuellen) Erkrankungsdauer von weniger als fünfeneinhalb Jahren nach histologischer Diagnosesicherung zum Stichtag 1. Oktober 2017 können die Versicherten weiterhin im DMP verbleiben. Die Teilnahme wird automatisch um weitere viereinhalb Jahre verlängert und endet somit zehn Jahre nach histologischer Diagnosesicherung. Dies gilt sowohl im Falle der Teilnahme aufgrund eines Primärtumors als auch im Falle eines vor dem 1. Oktober 2017 neu aufgetretenen kontralateraler Tumors bzw. eines Rezidivs. Es ist nichts weiter zu veranlassen.
- Versicherte, deren Teilnahme vor dem 1. Oktober 2017 aufgrund von Rezidivfreiheit nach fünfeneinhalb Jahren Erkrankungsdauer endete, können ab dem 1. Oktober 2017 wieder eingeschrieben werden, wenn der Wunsch nach weiterer Teilnahme besteht und die Teilnahme für die Patientin sinnvoll erscheint. Dazu ist wieder eine Teilnahme/Einwilligungserklärung auszufüllen und eine Erstdokumentation zu erstellen.
- Bei Vorliegen von Fernmetastasen bleibt es wie bisher bei unbefristeter Teilnahme.

Versicherte, die neu in das DMP Brustkrebs eingeschrieben werden, können ab dem Datum der Diagnosesicherung bis zu zehn Jahre im DMP verbleiben. Treten während dieser Zeit neue Befunde wie ein lokoregionäres Rezidiv beziehungsweise ein kontralateraler Brustkrebs auf, können sie für weitere zehn Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Diagnosesicherung im DMP bleiben.

Grundvertrag DMP Brustkrebs sowie die ergänzende Erklärung zur verlängerten Teilnahmedauer:



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A-Z » DMP » Brustkrebs

Der Text der Bekanntmachung wird im Einzelfall auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt.

Neue DMP-Rahmenrichtlinie für das DMP COPD – Aktualisierung des DMP-Grundvertrages Asthma und COPD

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. Januar 2017 die Anforderungen an die Behandlung im Rahmen des DMP COPD in die DMP-Anforderungen-Richtlinie als neue DMP-Rahmenrichtlinie überführt und an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Entsprechend war der genannte Grundvertrag für das DMP COPD ebenfalls zu aktualisieren; die Änderungen treten zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Es wurden insbesondere die Versorgungsinhalte umfassend überarbeitet. Ferner ergeben sich Änderungen bei der Dokumentation des indikationsspezifischen Datensatzes für das DMP COPD. Sie gelten ab 1. Januar 2018. Ab diesem Zeitpunkt darf nur noch mit dem neuen Dokumentationsdatensatz gearbeitet werden, da die Dokumentationen sonst nicht vergütet werden können. Die Auslieferung der neuen Versionen der Praxisverwaltungssoftware werden Sie von Ihrem PVS-Hersteller zum 1. Januar erhalten.

Die neuen Versorgungsinhalte der DMP-Anforderungen-Richtlinie sind ab 1. Januar 2018 auf der Homepage der KVBW eingestellt und können aufgerufen werden unter dem Stichwort „Behandlungsleitlinie COPD“ oder über den Pfad:



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Rechtsquellen » G-BA-Richtlinien

Substitutionstherapie: Umfangreiche Änderungen in Kraft getreten

Die Regelungen zur Substitutionstherapie von Opioidabhängigen wurden grundlegend überarbeitet. Nach der Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) Mitte dieses Jahres ist nun auch die

überarbeitete Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in Kraft getreten. Wesentliche ärztlich-therapeutische Belange fallen damit jetzt in die Richtlinienkompetenz der BÄK.

Unter anderem ist eine Behandlung ab sofort auch bei Hausbesuchen möglich. Zudem wurde die Take-home-Vergabe ausgeweitet. Darüber hinaus dürfen Ärzte ohne suchtmedizinische Qualifikation nun bis zu zehn Patienten behandeln.

Behandlung bei Hausbesuchen und in weiteren Einrichtungen möglich

Aufgrund eines größeren Anteils langjährig substituierter älterer Patienten kann das Substitutionsmittel nun auch in stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, in Gesundheitsämtern, in Alten- und Pflegeheimen sowie Hospizen gelagert und durch Ärzte, medizinisches Personal oder ambulante Pflegedienste zum unmittelbaren Verbrauch ausgegeben werden. Der substituierende Arzt trifft dazu mit den entsprechenden Einrichtungen schriftliche Vereinbarungen – zur fachlichen Einweisung des Personals, Benennung einer verantwortlichen Person sowie Regelungen zu Kontrollmöglichkeiten.

Die geänderte Richtlinie wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht: Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(40): A-1829

Die aktuelle Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung finden Sie im Internet unter:



www.gesetze-im-internet.de » Gesetze/Verordnungen » BtMVV

Weitere Informationen: Nicole Gogev, 0711 7875-3467

Selektivverträge der KVBW mit den BKKen

Im Rahmen der Selektivverträge Hautkrebs-Screening, AD(H)S, Tonsillotomie, Homöopathie Securvita, Gesund schwanger sowie Frühe Hilfen mit den Betriebskrankenkassen besteht für die teilnahmeberechtigten Betriebskrankenkassen jederzeit die Möglichkeit, einem Vertrag beizutreten oder die Teilnahme an einem Vertrag zu beenden. Dadurch ergeben sich für die an den einzelnen Selektivverträgen teilnehmenden Praxen oft kurzfristig wegfallende oder hinzukommende Abrechnungsmöglichkeiten. Bitte überprüfen Sie daher zu Beginn eines jeden Quartals die Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen der Selektivverträge, an denen Ihre Praxis teilnimmt, auf Veränderungen.

Die Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen finden Sie auf unserer Homepage.

Selektivvertrag AD(H)S



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » ADHS /ADS

Vertrag Frühe Hilfen



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » Früherkennung und Frühförderung

Service für Arzt und Therapeut

Selektivvertrag Gesund schwanger



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » Gesund schwanger

Selektivvertrag Hautkrebs-Screening



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » Hautkrebs-Screening

Selektivvertrag Homöopathie Securvita BKK



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » Homöopathie

Selektivvertrag Tonsillotomie



www.kvbawue.de » Praxis » Verträge & Recht » Verträge von A – Z » Tonsillotomie

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

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

DocLineBW.Praxiservice@kvbawue.de



www.kvbawue.de » Über uns » Engagement » DocLineBW

Patiententelefon „MedCall“ bietet Infoservice für Patienten und Mitglieder

„MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ unterstützt die Bürger bei der Suche nach einem wohnortnahen 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 fachgruppenspezifischen Fragebogen ausfüllen und seine Teilnahme mit einer Unterschrift bestätigen. Er wird Ihnen von der Fachabteilung auf Wunsch gerne zugesandt.

Anruf genügt! 0711 7875-3309

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.

Sie können den fachgruppenspezifischen Fragebogen und den Meldebogen für Psychotherapiekapazitäten der Patienteninformation MedCall bei unseren Fachberatern anfordern.

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.

Noch Fragen? Auskunft erteilt gerne das Serviceteam unter 0711 7875-3309.

Diese Servicenummer ist ausschließlich für Ärzte und Psychotherapeuten geschaltet!

Hotline zum Thema Praxisaufkauf

Wenn Arztpraxen in einem nach der Bedarfsplanung rechnerisch übertersorgten Gebiet liegen, sollen sie von der KV aufgekauft werden. Die Aufkaufregelung von Arztsitzen gilt erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent, doch die Verunsicherung unter Ärzten, die ihre Praxis aufgeben wollen, bleibt. Bei der Hotline der

KVBW stehen täglich zwischen acht und 16 Uhr die Niederlassungsberater für die drängenden Fragen der Ärzte und Psychotherapeuten bereit. Sie informieren über die gesetzliche Lage, schätzen die Versorgungssituation ein, helfen bei der Beurteilung des Einzelfalles – auch unter Berücksichtigung der Tendenzen der Zulassungsausschüsse – und geben Tipps und individuelle Handlungsempfehlungen. Beratungswünsche können über die Sammelmail an die Niederlassungsberater geschickt werden.

Hotline Praxisaufkauf

0711 7875-3700

kooperationen@kvbawue.de

Beratung Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit

Kaum ein Arzneimittel ist für die Versorgung von Schwangeren oder stillenden Müttern zugelassen. Dennoch müssen diese oft medikamentös behandelt werden, ohne das Kind zu schädigen. Dies ist für die Patientinnen und 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 450525-700 (Beratung)
Fax: 030 450525-902

- **Institut für Reproduktionstoxikologie**, Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg
www.reprotox.de
Telefon: 0751 872799
Fax: 0751 872798

Pharmakotherapie-Beratung der Uniklinik Tübingen

Eine Kooperation der KVBW existiert mit dem Pharmakotherapie-Beratungsdienst der Abteilung Klinische Pharmakologie des Universitätsklinikums Tübingen. Dieser bezieht sich auf alle Bereiche der Pharmakotherapie, wobei auch hier etwa 30 Prozent der eingehenden Anfragen der Ärzte das Thema Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit betreffen.

▪ Department für Experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie - Abteilung Klinische Pharmakologie

Telefon: 07071 29-74923

Fax: 07071 295035

arzneimittelinfo@med.uni-tuebingen.de

Die KVBW hat die wissenschaftlich aktualisierte Ausgabe des Verordnungsforum 32 zum Thema Arzneimittel in der Schwangerschaft und Stillzeit veröffentlicht, das Sie auch auf der Homepage finden:



www.kvbawue.de » Presse »
Publikationen » Verordnungsforum

Fachberater der KVBW:
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 beziehungsweise Karlsruhe sind:

Mittwoch, 10. Januar 2018

Mittwoch, 7. Februar 2018

Mittwoch, 7. März 2018

Betriebswirtschaftliche Praxisberatung

Neben der Verantwortung für die medizinische Behandlung der Patienten spielen unternehmerische Entscheidungen in der Praxis eine bedeutende Rolle.

Wie entwickelt sich Ihre Praxis? Ist sie wirtschaftlich gut aufgestellt oder gibt es Optimierungspotenzial? Möchten Sie Ihre Praxis in mittlerer Frist abgeben und interessieren sich für den Praxiswert? Planen Sie Änderungen in der Praxiskonstellation und fragen sich, wie sich die Gewinnsituation entwickeln wird?

Gerne unterstützen wir Sie bei Ihren Überlegungen!

Informieren Sie sich über unser Angebot und vereinbaren Sie einen Termin zur kostenfreien Beratung unter 0711 7875-3300 oder über praxisservice@kvbawue.de.

Hilfe für Gesundheitstage – ein Service der KV (A)

Die Mitarbeiterinnen des Geschäftsbereichs Service und Beratung kommen auf Bestellung der KVBW-Mitglieder in die Regionen und stellen Ärzten und Psychotherapeuten, die einen Gesundheitstag planen, einen speziellen Messe-Service zur Verfügung. Sie helfen beim Standaufbau- und -abbau, bringen ausgebildete medizinische Fachangestellte mit und unterstützen bei Gesund-

Verschiedenes

heitstests wie etwa Blutzucker-, Cholesterin- oder Blutdruckmessungen.

Interessiert?

Dann nutzen Sie das Formular in der Anlage und fordern Sie die Unterstützung der KVBW an!

Kontakt:

Corinna Pelzl

0721 5961-1172

gesundheitsbildung@kvbawue.de

Die ärztliche Berichtspflicht

Berichtspflicht nach erfolgter Überweisung

Wenn ein Patient mit einer Überweisung zur Behandlung kommt, wird häufig die Meinung vertreten, dass die Überweisung automatisch die Einwilligung des Patienten in die Berichterstattung an den Überweiser bedingt. Dies ist nicht haltbar.

Grundlegend ist jeder Arzt, der einen gesetzlich Versicherten behandelt, dazu verpflichtet, diesen nach seinem Hausarzt zu fragen und dem Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde zu übermitteln (§ 73 Abs. 1b Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]). **Voraussetzung ist die schriftliche Einwilligung des Patienten, die jederzeit widerrufen werden kann.**

Dies gilt sowohl, wenn der betreffende Patient vom Hausarzt an den Facharzt überweisen wird, als auch wenn ein Facharzt an einen Facharzt einer anderen Fachrichtung überweist. Denn generell besteht die ärztliche Schweigepflicht auch zwischen verschiedenen behandelnden Ärzten.

Speziell für den Fall, dass ein Patient einen Arzt aufgrund einer Überweisung aufsucht, gilt, dass der auf Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt dem Überweiser einen Rückbericht erstatten muss, soweit es für die Weiterbehandlung durch den Überweiser erforderlich ist (§ 24 Abs. 6 BMV-Ä).

Um der Berichtspflicht im Rahmen einer Überweisung nachzukommen, müssen Sie den Patienten fragen, ob er mit einer Berichtsübermittlung an den Überweiser einverstanden ist. Die Einwilligung muss er schriftlich erteilen. Verweigert der Patient dies, dann haben Sie durch die Frage an den Patienten Ihre Verpflichtung erfüllt. Dies sollten Sie entsprechend in der Patientenakte dokumentieren.

Berichtspflicht ohne vorherige Überweisung

Liegt keine Überweisung vor, wird also ein Facharzt direkt in Anspruch genommen, muss der behandelnde

Arzt den Versicherten ebenfalls nach seinem Hausarzt fragen und diesem mit jederzeit widerruflicher schriftlicher Einwilligung des Patienten berichten (§ 73 Abs. 1b Satz 2 SGB V, § 24 Abs. 6 Satz 3 BMV-Ä).

Einverständniserklärung per Praxisaufnahmebogen einholen

Die schriftliche Einwilligung sowohl bei „Neupatienten“ als auch bei „Bestandspatienten“ kann bequem standardisiert erfolgen – mithilfe Praxisaufnahmebogens, in den ein entsprechender Passus eingefügt werden kann. Damit kann sich der Arzt die ausdrückliche schriftliche Einwilligung für jeden Informationsaustausch mit den ärztlichen Kollegen generell einholen.

Dazu hat die KVBW zwei Muster-Einwilligungserklärungen entwickelt – einen für Hausärzte und einen für Fachärzte. Diese Trennung ist sinnvoll, damit jeder mögliche Anfrageweg konkret widerspiegelt wird und somit klar ist, dass sich die Einwilligung des Patienten auch auf die konkrete Situation im Einzelfall bezieht.

Die Muster-Einwilligungserklärungen finden Sie unter:



www.kvbawue.de » Praxis »
Patienteninformationen »
Weitere Themen » Übermittlung Patientendaten Facharzt/Hausarzt

Arztbrief als Abrechnungsvoraussetzung

Abgesehen von der vertragsarztrechtlichen Pflicht ist häufig auch Abrechnungsvoraussetzung, einen Arztbrief zu schreiben. So können beispielsweise die Gebührenordnungspositionen 002311 bis 02313, 07310, bis 07311, 08310, 13250, et cetera EBM nur abgerechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall (GOP 01600 EBM) beziehungsweise ein Brief an den Hausarzt (GOP 01601 EBM) erfolgt ist (Allgemeine Bestimmungen des EBM, Ziffer 2.1.4).

Auch hier gilt, dass Sie die Berichtspflicht (und die Abrechnungsvoraussetzung) erfüllt haben, wenn Sie den Patienten gefragt haben, ob er mit der Berichterstattung einverstanden ist. Sollte der Patient seine Einwilligung verweigern, so gilt die entsprechende ärztliche Leistung trotzdem als erbracht und die besagten GOPs können abgerechnet werden.

Ist ein Vertragsarzt allerdings ausschließlich auf Überweisung tätig (§ 13 Abs. 4 BMV-Ä), so ist die Berichterstattung keine Abrechnungsvoraussetzung (Allgemeine Bestimmungen des EBM, Ziffer 2.1.5). Dies bedeutet aber nicht, dass nicht auch diese Arztgruppen vor Berichterstattung die schriftliche Einwilligung ihrer Patienten einholen müssen.

Abwesenheits-/ Vertretermeldung (A)

Wir bitten Sie, für die Meldung der Abwesenheits- und Urlaubszeiten 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 wenden Sie sich bitte an die „Gruppe Vertretungen“: 0711 7875-1691, vertreterboerse@kvbawue.de.

Veranstaltungen/ Fortbildung

Management Akademie (MAK) der KV Baden-Württemberg geht mit neuem Online-Lernportal an den Start

Lernen neu erleben – Frei. Flexibel. Individuell.

Sie möchten bereits heute Ihren Fortbildungsbedarf 2018 für sich und das gesamte Praxisteam planen? Rund 300 abwechslungsreiche und interessante Angebote zu den Themen Abrechnung / Verordnung / Betriebswirtschaft / Zulassung / Kommunikation / Praxis- und Qualitätsmanagement sowie zur Qualitätssicherung und -förderung warten.

Damit Mitglieder frei, flexibel und individuell lernen können, beginnt die MAK ab 2018 damit, ihre Präsenzkurse Schritt für Schritt um digitale Lernformate zu erweitern. Den Start macht ein Online-Angebot zu den „Grundlagen der Hygiene in der Arztpraxis“ (Seminar-Nr. eL01), das ab Februar 2018 alternativ zum Präsenzseminar zur Verfügung stehen wird. Dies bedeutet: Mehr Freiheit bei der Planung von Fortbildungen, Lernen unabhängig von Raum und Zeit, mehr Flexibilität für das ganze Praxisteam.

Wer sich bis zum 31. Januar 2018 anmeldet, erhält auf alle halb- und eintägigen Kurse einen Frühbucherrabatt in Höhe von zehn Prozent des Teilnehmerbeitrages. Online-Anmeldung unter www.mak-bw.de. Mit der Warenkorbfunktion kann man in nur wenigen Schritten mehrere Kurse gleichzeitig buchen. Sollte der Kurs bereits belegt sein, kann man sich auf einer Warteliste vormerken lassen oder das in der Anlage beigefügte Anmeldefax der MAK ausfüllen.

Für weitergehende Fragen zu den Seminarangeboten sowie zum neuen Lernportal:

Team der Management Akademie (MAK)
0711 7875-3535
Fax: 0711 7875-48-3888, info@mak-bw.de



Die MAK freut sich auf Ihren Besuch!

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!

Fortbildungsprogramm Verband medizinischer Fachberufe

25. Tag der Medizinischen Fachangestellten (A)

Termin: Samstag, 27. Januar 2018, 10.00 Uhr bis 17.00 Uhr
im Rahmen der Messe MEDIZIN, Stuttgart Messe – ICS

„Wir feiern 25 Jahre Tag der MFA!“

Programm:

10.00 Uhr – Begrüßung und Grußworte

- Stefanie Teifel, Verband medizinischer Fachberufe e.V.,
- Dr. med. Klaus Baier, Präsident Bezirksärztekammer Nordwürttemberg,
- Tobias Binder, Leiter Service und Beratung, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,.
- Hannelore König, Verband medizinischer Fachberufe e.V.

10.15 Uhr bis 12.30 Uhr – Potenziale der Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte kennen und optimal nutzen

Referentin: Hannelore König, Geschäftsführende Vorsitzende Verband medizinischer Fachberufe e.V., Betriebswirtin (VWA).

Die Teilnehmer erfahren mehr über die Rahmenbedingungen der Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte und wie sie durch arbeitsplatzbezogene Fortbildungen mehr verdienen können. Darüber hinaus gibt es Tipps zur Gesprächsvorbereitung mit dem Arbeitgeber.

Schwerpunkte:

- Fortbildungen
- Voll- und Teilzeitbeschäftigung
- Gehaltsbestandteile
- Betriebliche Altersvorsorge
- Urlaub und Freistellung

12.30 Uhr bis 14.00 Uhr – Mittagspause

14.00 bis 16.30 Uhr – Einarbeitung leicht gemacht: Mit Struktur, Spaß und guten Ideen

Referent: Andreas Schaupp, Dipl.-Betw. (FH), Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (DGQ), Geschäftsführer DeltaMed

Die Seminarleiter zeigen auf, wie neue Mitarbeiter/innen willkommen heißen werden können und damit die Weichen für eine gute Einarbeitung gestellt werden. Dadurch können neue Mitarbeiter zügig in das Team integriert werden und Reibungsverluste von Anfang an vermieden werden.

Schwerpunkte:

Was bei der Einarbeitung alles zu beachten ist

- Erstellung eines praxisspezifischen Einarbeitungsplans
- Anleitung und Führung neuer Mitarbeiter/innen
- Förderung von Motivation und Eigeninitiative
- Durchführung von Anleitungs- und Feedbackgesprächen"

16.30 Uhr bis 17.00 Uhr – Feier „25 Jahre Tag der Medizinischen Fachangestellten“

Anmeldung:

Verband medizinischer Fachberufe e.V. Stefanie Teifel,
Per Fax an: 07141 1336885 (Anmeldefax im Anhang)
oder Onlineanmeldung:



www.vmf-online.de » Verband » Fachtagungen/Events » 25.Tag der Medizinischen Fachangestellten

Anmeldeschluss: 16. Januar 2018

eHealth Forum Freiburg beleuchtet digitale Welt der Medizin

Das Forum beleuchtet aus verschiedenen Perspektiven praxisnah und fundiert die Entwicklung der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Akteure aus Politik, Krankenversicherung, Kliniken und Selbstverwaltung zeigen Chancen, Herausforderungen und Grenzen auf. Präsentiert werden auch Projekte aus der Telemedizin, die bereits in der Patientenversorgung etabliert sind.

Am Vormittag beim Trendspotting wird gezeigt, wie sich das Gesundheitssystem in Estland rasant digitalisiert hat. Das Land am äußersten Zipfel des Baltikums gilt in Europa als Vorreiter bei der Digitalisierung der medizinischen Versorgung. Ebenfalls mit dabei sein wird Dr. Thomas Kriedel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Thema Elektronische Patientenakte.

Die Veranstaltung beginnt um 9.30 Uhr und dauert bis 16.00 Uhr. Die Teilnahme ist kostenlos, allerdings ist eine vorherige Anmeldung erforderlich. Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer beantragt.



Das detaillierte Programm und die Möglichkeit zur Anmeldung gibt es unter: www.ehealth-forum-freiburg.de

Fortbildung ist Trumpf: Die Angebote der Management Akademie (MAK) für das Quartal I / 2018

Abrechnung / Verordnung							
mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
EBM für Einsteiger	Haus-/Kinderarztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	28. Februar 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	6	R 01
EBM für Einsteiger	Facharztpraxen, Praxismitarbeiter und Auszubildende	7. März 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	6	R 02
EBM-Workshop	Hausarztpraxen	14. März 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	7	R 10
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	31. Januar 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	5	S 18
GOÄ für Einsteiger	Ärzte, Praxismitarbeiter, nicht für Psychotherapeuten	14. März 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	5	F 21
GOÄ für Fortgeschrittene	Ärzte, Praxismitarbeiter nicht für Psychotherapeuten	21. März 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	5	F 27
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Ärzte	23. Februar 2018	14.00 bis 19.30 Uhr	Karlsruhe	65,-	8	K 35
Sicher durch den Richtlinien-Dschungel Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	Praxismitarbeiter	9. März 2018	14.00 bis 19.30 Uhr	Karlsruhe	65,-	0	K 36
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ärzte und Praxismitarbeiter	1. Februar 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	BD Reutlingen	45,-	3	R 47
Verordnung von Sprechstundenbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ärzte und Praxismitarbeiter	22. März 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Karlsruhe	45,-	3	K 49

Betriebswirtschaft / Zulassung

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Der Weg in die eigene Praxis Modul 1:	Ärzte, die sich in eigener Praxis niederlassen wollen. Nicht für Psychotherapeuten	Modul 1: 3. Februar 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	BD Stuttgart	Modul 1: Kostenlos: Anmeldung erforderlich	Modul 1: 5	Modul 1: S 55/1
Der Weg in die eigene Praxis Modul 2:		Modul 2: 1. März 2018	15.00 bis 18.30 Uhr		Modul 2-4: je 65,-	Modul 2-4: 4	Modul 2: S 55/2
Facharzt! Was nun? Modul 3:		Modul 3: 8. März 2018	15.00 bis 18.30 Uhr				Modul 3: S 55/3
Von der betriebswirtschaftlichen Planung zur erfolgreichen Praxisführung Modul 4: Investition, Finanzierung und Steuern		Modul 4: 15. März 2018	15.00 bis 18.30 Uhr				Modul 4: S 55/4
Schenken und vererben – aber richtig!	Ärzte und Psychotherapeuten	21. Februar 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Friedrichshafen	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	0	R 72
Praxis sucht Nachfolger	Ärzte und Psychotherapeuten	17. Februar 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	65,-	4	S 76
Praxis sucht Nachfolger	Ärzte und Psychotherapeuten	14. März 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Karlsruhe	65,-	4	K 79
Starterseminar	Haus-/Fachärzte, die sich neu niedergelassen haben	3. März 2018	9.00 bis 13.00 Uhr	BD Stuttgart	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	S 272

Kommunikation

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis	Praxismitarbeiter	28. Februar 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	0	F 98

Praxismanagement

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Wiederbelebende Sofortmaßnahmen	Ärzte und Praxismitarbeiter	3. März 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Stuttgart	115,-	10	S 115
Wundmanagement / effektive Wundversorgung in der Praxis	Hausärzte, interessierte Fachärzte und Praxismitarbeiter	10. März 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	145,-	11	F 122
Die passgenaue Terminvereinbarung	Praxismitarbeiter	14. März 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Stuttgart	98,-	0	S 133
Update Impfen	Praxismitarbeiter	14. März 2018	9.00 bis 16.00 Uhr	BD Freiburg	145,-	0	F 142
Teamentwicklung und professionelle Teamarbeit in der Praxis	Praxismitarbeiter	21. März 2018	10.00 bis 17.00 Uhr	Karlsruhe	145,-	0	K 153
Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Praxismitarbeiter	7. Februar 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	98,-	0	K 156
Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt	Praxismitarbeiter	11. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Ravensburg-Weingarten	98,-	0	R 158

Qualitätsmanagement

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
QM für Fortgeschrittene – so bleiben Sie auf Erfolgskurs	Ärzte, Psychotherapeuten, Qualitätsbeauftragte und Praxismitarbeiter mit Grundkenntnissen in QM	8. März 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	145,-	11	F 190
Datenschutz in der Praxis	Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	20. März 2018	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Reutlingen	145,-	10	R 196

Qualitätssicherung und -förderung

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Hygiene in der Arztpraxis: (Basisschulung)	Ärzte und Praxismitarbeiter, die ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen, festigen oder aktualisieren wollen	20. Februar 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	8	F 207
Hygiene in der Arztpraxis: (Basisschulung)	Ärzte und Praxismitarbeiter, die ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen, festigen oder aktualisieren wollen	13. März 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	Heidelberg	98,-	8	K 209
Hygiene in der Arztpraxis: (Basisschulung)	Ärzte und Praxismitarbeiter, die ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen, festigen oder aktualisieren wollen	10. April 2018	14.00 bis 19.00 Uhr	BD Reutlingen	98,-	8	R 210
Kurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten (Der Kurs geht über drei Tage und schließt am vierten Tag mit einer schriftlichen und mündlichen Kenntnisprüfung ab.)	Alle in der Arztpraxis, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut und dafür verantwortlich sind	5.-7. März 2018 Prüfungstermin: 16. März 2018	jeweils 9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	360,-	25	F 224
Kurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten (Der Kurs geht über drei Tage und schließt am vierten Tag mit einer schriftlichen und mündlichen Kenntnisprüfung ab.)	Alle in der Arztpraxis, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut und dafür verantwortlich sind	22.-24. März 2018 Prüfungstermin: 11. April 2018	jeweils 9.00 bis 17.00 Uhr	BD Reutlingen	360,-	25	R 226
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	3. März 2018 (Arzt und Mitarbeiter) 6. März 2018 (Mitarbeiter)	Jeweils 9.00 bis 17.00 Uhr	Karlsruhe	155,- (Ärzte) 145,- (MFA)	9	K 245
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin / Normalinsulin spritzen (ZI)	Ärzte und Praxismitarbeiter	17. März 2018 (Arzt und Mitarbeiter) 20. März 2018 (Mitarbeiter) 21. März 2018 (Mitarbeiter)	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	155,- (Ärzte) 199,- (MFA)	9	S 248

Qualitätssicherung und -förderung

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
DMP Diabetes mellitus Typ 1 – Fortbildungsveranstaltung und Erfahrungsaustausch. <i>Hinweis: Mit der Teilnahme erwerben Ärzte automatisch die von der KV BW für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 geforderten Fortbildungsnachweise des Jahres 2018</i>	Schwerpunktdiabetologen, die eine Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 erworben haben sowie Diabetesberater oder –assistenten	24. Februar 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	BD Stuttgart	80,-	7	S 262
Strahlenschutzkurs nach Röntgenverordnung (Röntgenschein)	Medizinische Fachangestellte	15. bis 17. März 2018 und 19. bis 24. März 2018	8.30 bis 17.00 Uhr	BD Stuttgart	799,-	0	S 264

Veranstaltungen zu aktuellen Themen

mak-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Gebühr in Euro	FB-Punkte	Seminar-Nr.
Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis	Ärzte und Psychotherapeuten	10. März 2018	9.00 bis 16.30 Uhr	BD Reutlingen	80,-	10	R 283
Ready, steady, go! Als Auszubildende oder Berufsanfänger erfolgreich durchstarten	Auszubildende im ersten, zweiten und dritten Lehrjahr sowie alle Berufsanfänger	4. April 2018	14.30 bis 19.00 Uhr	Karlsruhe	98,-	0	K 176
DiSko-Schulungsprogramm: Wie Diabetiker zum Sport kommen <i>Hinweis: Das Schulungsprogramm setzt die Teilnahme an einem MEDIAS 2- oder ZI-Schulungsprogramm voraus</i>	Ärzte und Praxismitarbeiter	11. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	BD Freiburg	98,-	7	F 256
Digitalisierung in der Praxis – Chancen und Vorteile nutzen	Ärzte und Psychotherapeuten	11. April 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Mannheim	Kostenlos: Anmeldung erforderlich	5	K 66

Management Akademie (MAK) der KV Baden-Württemberg geht mit neuem Online-Lernportal an den Start



Lernen neu erleben
Frei. Flexibel. Individuell

Online-Kurs	Zielgruppe	Gebühr in Euro	Seminar-Nr.	Datum
Grundlagenseminar Hygiene	Ärzte und Praxismitarbeiter, die ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen, festigen oder aktualisieren wollen	50	eL01	ab Februar 2018

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 Seminarangeboten sowie zum neuen Lernportal steht Ihnen 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. 1. Quartal 2018

Veranstaltung	Datum	Uhrzeit	Ort	Kosten
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Ludwigsburg	13. März 2018	20:00 Uhr	Restaurant Elefanten Osterholzallee 31 71636 Ludwigsburg	kostenfrei
3. MFA-Azubi-Tag Bezirksstelle Breisgau-Hochschwarzwald	20. Januar 2018	9:00 Uhr	Bezirksärztekammer Südbaden Sundgaullee 27 79114 Freiburg	Auf Anfrage
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Karlsruhe	Jeden 1. Mittwoch im Monat	19:00 Uhr	Veranstaltungsort per Email erfragen: iris.will@gmx.de	Kostenfrei
Herzinsuffizienz Bezirksstelle Rheintal	7. Februar 2018	19:00 Uhr		Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00 €
Diabetes und Hypoglycämie Bezirksstelle Enzkreis Calw	7. Februar 2018	19:00 Uhr	DRK Zentrum Schweigrother Str. 8 76530 Baden-Baden	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00 €
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Stuttgart	6. Februar 2018	20:00 Uhr	Diakonie Bahnhofstr. 44/46 75417 Mühlacker	kostenfrei
Azubi-Tag Süd Stuttgart	17. März 2018	9:00 Uhr	Gaststätte Schwarzbach Dürtlewangstr.70 70565 S-Vaihingen	auf Anfrage
Grundlagen der Wundver- sorgung nach dem TIME- Konzept Bezirksstelle Rheintal	14. März 2018	17:00 Uhr	Alexander-Fleming-Schule Hedwig-Dohm-Straße 1 70191 Stuttgart	Verbandsmitglieder: frei Nichtmitglieder: 10,00 €
Verbands-Info-Treff Bezirks- stelle Neckar-Odenwald	17. Januar 2018	18:30 Uhr	DRK Zentrum Schweigrother Str. 8 76530 Baden-Baden	kostenfrei
Verbands-Info-Treff Bezirksstelle Neckar-Odenwald	7. März 2018	18:30 Uhr	Mangold – Brasserie im Marrahaus Kirchbrunnenstr. 3 74072 Heilbronn	Kostenfrei
25. Tag der MFA Landesver- band Süd in Kooperation mit KV Baden-Württemberg und Bezirksärztekammer Nordwürttemberg	27. Januar 2018	10:00 Uhr	Weinstube Braun Einsteinstr. 50 74074 Heilbronn	Verbandsmitglieder: 25,00 € Verbandsmitglieder-Azubi: 20,00 € Nichtmitglieder: 35,00 € Nichtmitglieder-Azubi: 30,00 €

Anmeldung beim Verband medizinischer Fachberufe e.V., zu Händen Stefanie Teifel, Mäusberg 7,
74575 Schrozberg, Telefon 0 79 36/ 9 90 95 40, Telefax 0 79 36/ 9 90 95 41, 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 zugeschickt

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

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Team Sicherstellung/Vertreter | Fax 0711 7875-483871

Abwesenheits-/Vertretermeldung

gemäß §§ 32 Abs. 1 - 2, 32b Abs. 6 Ärzte-ZV

für

Name, Vorname

Zeitraum und Grund der Abwesenheit

von

bis

Urlaub Krankheit Fortbildung Entbindung Wehrübung

Beendete Anstellung (bitte spezifizieren):

Die Vertretung wird in meinen eigenen Praxisräumen durchgeführt von

Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

LANR (Pflichtfeld bei Vertretung aufgrund beendeter Anstellung)

Meine eigene Praxis bleibt geschlossen. Die kollegiale Vertretung übernimmt

Name, Vorname

BSNR/Ort

Name, Vorname

BSNR/Ort

Ort und Datum

Unterschrift

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

Telefax 07141 1336885

Anmeldung zum 25. Tag der Medizinischen Fachangestellten

im Rahmen der Messe MEDIZIN, Stuttgarter Messe - ICS
am Samstag, 27. Januar 2018, 10:00 – 17:00 Uhr

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

(Je Teilnehmer(in) bitte ein Anmeldeformular lesbar ausfüllen)

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon / E-Mail für evtl. Rückfragen

VmF-Mitglieder: Mitgliedsnummer

- Ich bin VmF-Mitglied und zahle 25,- €
- Ich bin VmF-Mitglied-Azubi und zahle 20,- €
- Ich bin Nichtmitglied und zahle 35,- €
- Ich bin Nichtmitglied-Azubi und zahle 30,- €

Die Teilnahmegebühr beinhaltet den Besuch der Messe MEDIZIN 2018.

Anmeldeschluss ist der 16.01.2018.

Es gelten die Teilnahmebedingungen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.
Diese finden Sie unter: www.vmf-online.de/verband/fachtagungen-events



Verband medizinischer
Fachberufe e.V.

Das Anmeldeformular bitte vollständig ausgefüllt
an oben angegebene Adresse oder Faxnummer
senden oder direkt online anmelden über:

www.vmf-online.de/verband/fachtagungen-events

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:

Online-Anmeldung unter www.vmf-online.de/verband/fachtagungen-events oder mit Anmeldeabschnitt (eine E-Mail-Adresse muss angegeben sein!)
Es erfolgt eine Anmeldebestätigung per E-Mail.

Eintrittskarte:

Die Eintrittskarte für die Fachmesse MEDIZIN 2018
erhalten Sie an unserer Tageskasse im ICS.

Den Eintrittscode erhalten Sie nach Zahlungseingang. Mit diesem Eintrittscode können Sie das Kombiticket, welches zum Besuch der MEDIZIN 2018 berechtigt einschließlich Hin- und Rückfahrt am Besuchstag mit allen VVS-Verkehrsmitteln (2. Klasse) zur/von Messe Stuttgart downloaden.

Eintritts-Gutscheine zur MEDIZIN 2018 können
NICHT berücksichtigt werden!

Veranstaltungsort:

Landesmesse Stuttgart
ICS
Messepiazza 1
70629 Stuttgart

KVBW Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg Geschäftsbereich Service und Beratung
MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefax 0711 7875-48-3891

Meldung von freien Psychotherapiekapazitäten gemäß erteilter Genehmigung der KVBW

für Quartal ____ / 201 ____

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- für Erwachsene () Einzeltherapie () Gruppentherapie
 für Kinder () Einzeltherapie () Gruppentherapie

Analytische Psychotherapie

- für Erwachsene () Einzeltherapie () Gruppentherapie
 für Kinder () Einzeltherapie () Gruppentherapie

Verhaltenstherapie

- für Erwachsene () Einzeltherapie () Gruppentherapie
 für Kinder () Einzeltherapie () Gruppentherapie

Hinweis für Terminvereinbarungsvorschläge:

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

- Diese Meldung gilt auch für folgende Nebenbetriebsstätte:

- Ich möchte meine Psychotherapiekapazitäten wieder abmelden!

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Patiententelefon „MedCall“ die von mir angegebenen Daten zur Vermittlung freier Kapazitäten weiterleitet. 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

KVBW

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

Nachrichten nach Redaktionsschluss

Amtliche Bekanntmachungen

Anlage zum RUNDSCHREIBEN DEZEMBER 2017

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Änderungen in der Honorarverteilung mit Wirkung zum 01. Januar 2018

Amtliche Bekanntmachung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 06.12.2017 die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 01.01.2018 beschlossen. Dabei zieht jede Anpassung der bundesweit einheitlichen Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zwingend einen Beschluss der Vertreterversammlung nach sich, da die Vorgaben der KBV Teil des HVM in Baden-Württemberg sind.

1. Anpassung der KBV-Vorgaben für die Jahre 2016 und 2017

Rückwirkend bis ins Jahr 2016 hat die KBV redaktionelle Anpassungen in Teil A und Teil F vorgenommen sowie Teil B (Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung) durch basiswirksame Adjustierungen einzelner Grundbeträge angepasst:

- Anhebung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wegen der Aufhebung des Investitionskostenabschlags bei öffentlich geförderten Krankenhäusern:

Nach dem Wegfall des Investitionskostenabschlags für das Jahr 2016 erhöhen diese Beträge die MGV und sind dem Vergütungsvolumen ärztlicher Bereitschaftsdienst zuzuführen. Die zusätzlichen Finanzmittel erhöhen basiswirksam das Vergütungsvolumen ab dem Jahr 2017 und sind an die Krankenhäuser weiterzugeben.

- Anhebung der MGV zur Finanzierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien (Quartale 4/2016 bis 3/2017):

Diese Anpassung der KBV-Vorgaben spielt für die KVBW keine Rolle, da Koronarangiographien als Leistungen nach § 115b SGB V außerhalb der MGV vergütet werden, was somit zu keiner Veränderung der Grundbeträge innerhalb der MGV führt.

2. Anpassung der KBV-Vorgaben ab dem 01.01.2018

Änderungen beim Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall wurden notwendig, weil der Gesetzgeber durch das Krankenhausstrukturgesetz festgelegt hat, dass zur unquotierten Vergütung von Leistungen im Notfall und Notdienst ein eigenes Honorarvolumen zu bilden ist – vor der Trennung der Vergütung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich innerhalb der MGV.

Neu ist u.a. die Bezeichnung des Grundbetrags, indem der Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ umbenannt wird. Als wesentliche Änderung werden basiswirksame Adjustierungen der Grundbeträge vorgenommen: Die Finanzmittel, die dem Bereich Bereitschaftsdienst und Notfall zugeordnet sind, werden in den bisherigen Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst überführt.

Bezüglich der Vergütung von Leistungen im organisierten Notfalldienst und der (Notfall-)Leistungen von Krankenhäusern ergeben sich deswegen keine Änderungen, denn weiterhin werden die Leistungen von (Vertrags-)Ärzten im organisierten Notfalldienst und sämtliche (Notfall-)Leistungen der Krankenhäuser mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung zu 100% bezahlt.

3. Änderungen im Bereich der Vorwegabzüge im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

- Bisher wurden die Leistungen zur palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM) als Vorwegabzug im hausärztlichen Versorgungsbereich berücksichtigt. Mit Einführung der als Einzelleistungen außerhalb der MGV vergüteten neuen Leistungen des Abschnittes 37.3 EBM zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung werden auch die Leistungen aus den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM als Einzelleistungen vergütet.
- Die Vergütung der bisher ebenfalls als Vorwegabzug im hausärztlichen Versorgungsbereich finanzierten Leistungen zur geriatrischen Versorgung

nach den GOP 03360/03362 EBM und zur Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen nach GOP 04355 EBM erfolgt künftig analog der bisherigen Regelung für die Vergütung der Zusatzpauschalen GOP 03040 und 04040 EBM im Regelleistungsvolumen, dabei aber in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

4. Angleichung der Fachgruppendurchschnittswerte bei der Fallzahlabhängigen Abstufung des RLV-Fallwertes und bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung

Bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung werden bisher die Falldurchschnitte der einzelnen Fachgruppen ohne Berücksichtigung der zwischenzeitlich in einem Selektivvertrag abgerechneten Versicherten ermittelt. Zur Vereinfachung und Vereinheitlichung werden künftig die Durchschnittswerte auf die gleiche Weise ermittelt wie bei der Fallzahlabhängigen Abstufung des RLV-Fallwertes, indem bei der Ermittlung des Falldurchschnitts auf einen Zeitraum vor Bereinigung abgestellt und eine jährliche Steigerung von 1% zugrunde gelegt wird.

5. Änderungen bei Freien Leistungen

- Die Finanzmittel für den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) in Hausarztpraxen werden ab 2018 in die MGV überführt. Die Vergütung der GOP 03060 bis 03065 EBM erfolgt dann künftig innerhalb der MGV als Freie Leistungen.
- Der Ziffernkranz für phoniatriisch-pädaudiologische Leistungen von Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie wird angepasst an die geänderten EBM-Ziffern im Bereich der Psychodiagnostischen Testverfahren: Die GOP 35300, 35301 und 35302 EBM werden durch die GOP 35600, 35601 und 35602 EBM ersetzt.

6. Anpassungen in Bezug auf die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

- Neu aufgenommen werden Vorgaben zur Bereinigung für die ex-ante Einschreibung zur Teilnahme am Selektivvertrag der AOK BW gem. § 140 a SGB V Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK).

- Angepasst an die Regelungen bei den Verträgen nach §§ 73c a.F. und 140a SGB V wird zur Vereinfachung und Vereinheitlichung die Honorierung der im Rahmen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) abgerechneten und anerkannten Leistungen bei in Verträgen nach § 73b SGB V (HzV) eingeschriebenen Versicherten.
- Die situativen Bereinigungsbeträge für die fachärztlichen Selektivverträge wurden für das Jahr 2018 mit den betreffenden Krankenkassen abgestimmt und entsprechend angepasst. Neu aufgeführt werden die situativen Bereinigungsbeträge für die Ergänzung des Selektivvertrags zur Versorgung in dem Fachgebiet der Orthopädie um das Rheumatologie-Modul.

7. Änderung bei der Bildung von Rückstellungen

Es wird konkretisiert, dass Rückstellungen bereichsspezifisch je Vergütungsvolumen gem. § 5 Abs. 2 HVM (Grundbeträge Hausarzt bzw. Facharzt / Labor / Humangenetik / Bereitschaftsdienst und Notfall) gebildet und aufgelöst werden können und dass im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen die Auflösung überschüssiger Finanzmittel durch Rückführung in die Honorarverteilung auch ohne das Vorliegen eines besonderen Grundes (Zunahme Ärzte / Sicherstellungsaufgaben / Ausgleichszahlungen bei Honorarverlusten / Fehlschätzungen bei Vorwegabzügen) möglich ist.

8. Anpassung in Bezug auf die Berechnung des RLV

Zur Klarstellung wird zusätzlich aufgenommen, dass die Ermittlung des arztbezogenen RLV nicht nur bei einer unterquartaligen Zulassung, sondern auch bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit Tag genau erfolgt.

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der aktuellen Fassung des HVM unter www.kvbawue.de in der Rubrik Verträge & Recht. Die KBV-Vorgaben Teile A-G 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:

Tel.: 0711 7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Arzneimittel-Richtwerte 2018

Zur besonderen Beachtung: Änderungen der PiRW Systematik

Vor knapp einem Jahr wurde die bisherige Richtgrößensystematik im Arzneimittelbereich durch eine Arzneimittel-Richtwertsystematik abgelöst. Mit der Hilfe eines Kontenmodells erhält jede Erkrankungsentität bzw. jeder Arzneimittel-Therapiebereich (AT) einen spezifischen Wert in Euro zugeteilt, den „AT-Richtwert“. Verordnet ein Arzt einem Patienten einen Wirkstoff aus einem bestimmten AT, steht ihm für diesen Patienten der AT-Richtwert quartalsweise zur Verfügung. So spiegelt die neue Systematik die jeweilige praxisindividuelle Morbidität wider. Das Ergebnis ist nach Auswertung der KV ein durchschnittlicher Rückgang der prüfungsauffälligen Praxen um mehr als 90 Prozent.

Die AT-Richtwerte werden jedes Jahr neu berechnet und sind garantiert. Die für Ihre Fachgruppe maßgeblichen AT-Richtwerte 2018 finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte, und im Mitgliederportal.

Unterjähriger PiRW^{KV}

Da den Praxen zu Beginn der Richtgrößenablösung in 2017 keine Bezugswerte aus Vorquartalen vorlagen, und somit eine Orientierung im neuen System fast unmöglich war, konnten wir für die **Übergangsphase 2017** über die garantierten AT-Richtwerte hinaus einen **garantierten Euowert pro Verordnungspatient und Quartal** auf dem Boden der Morbidität der jeweiligen Praxis im Jahr 2015

vereinbaren, den sogenannten „garantierten praxisindividuellen Richtwert (garantierter PiRW)“.

Dieser garantierte PiRW wurde auf der Grundlage der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten unter Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung der jeweiligen Praxis quartalsweise aktualisiert und als sogenannter aktueller Orientierungswert in der jeweiligen Frühinformation Arzneimittel abgebildet. Durch diesen aktuellen Orientierungswert haben die Praxen mittlerweile zeitnahe Werte aus den Vorquartalen erhalten. Daher ist der garantierte PiRW zukünftig nicht mehr notwendig. Dieser sowie der bisherige aktuelle Orientierungswert werden in der Frühinformation Arzneimittel (Anlage 71 Ihrer Honorarunterlagen) durch einen unterjährigen praxisindividuellen Richtwert auf der Grundlage der KV-Daten ersetzt. Bezeichnet wird er als **unterjähriger PiRW^{KV}**.

Dieser vorläufige Wert, der quartalsweisen Schwankungen unterliegen kann, bildet die **aktuelle Morbidität Ihrer Praxis im jeweiligen Kalenderjahr** ab. Das aus diesem berechnete unterjährige Richtwertvolumen^{KV} kann um bis zu 25 Prozent überschritten werden, bevor es zu einer Auffälligkeit im Ordnungsverhalten kommt.

Während die in der Frühinformation Arzneimittel mitgeteilten Zahlen sich aus den vereinbarten AT-Richtwerten 2018 und den der KVBW vorliegenden Verordnungsdaten der Apotheken-Rechenzentren ergeben, bilden die Verordnungsdaten der Krankenkassen die Grundlage für die Prüfung. In den KV-Daten sind diejenigen Verordnungen, die anstatt über die Apotheke direkt vom Hersteller oder über andere Lieferanten bezogen wurden, wie zum Beispiel Verbandmittel, nicht enthalten. Somit können die Zahlen der Frühinformation Arzneimittel von den in einer Prüfung letztendlich zugrunde gelegten Werten abweichen. Die Prüfdaten liegen deutlich später vor, sodass die KV-Daten eine gute und zeitnahe Orientierungsmöglichkeit bieten. Die KVBW informiert Sie mit der Frühinformation Arzneimittel jedes Quartal über die Entwicklung.

Projizierter PiRW^{KV}

Da KV und Kassen für 2018 neue AT-Richtwerte vereinbart haben, kann es bei gleichbleibender Morbidität in Ihrer Praxis zu Veränderungen Ihres zur Verfügung stehenden Verordnungsvolumens kommen. Bis Sie mit der Frühinformation Arzneimittel 1/2018 Ihren ersten unterjährigen PiRW^{KV} erhalten, stellen wir Ihnen daher einmalig als Starthilfe zum neuen Jahr den projizierten PiRW^{KV} (pPiRW^{KV}) zur Verfügung. Dieser Wert wurde auf Grundlage Ihrer Verordnungsdaten der ersten drei Quartale 2017 unter Berücksichtigung der neuen AT-Richtwerte 2018 berechnet. Der projizierte PiRW^{KV} (pPiRW^{KV}) stellt also die praxisindividuelle Morbidität der ersten drei Quartale 2017 in Bezug auf die für 2018 angepassten AT-Richtwerte dar. Sie finden ihn im Mitgliederportal Quartal 3/2017 (Verordnungsdaten » Reiter: Informationen zur Richtwertsystematik » Unterlage: Projizierter praxisindividueller Richtwert). Dort sind auch die für Ihre Fachgruppe vereinbarten AT-Richtwerte für 2018 hinterlegt. Wir empfehlen Ihnen, den pPiRW^{KV} in die Praxissoftware einzutragen, bis Sie ca. Mitte Mai 2018 den ersten unterjährigen PiRW^{KV} in der Frühinformation Arzneimittel für das Quartal 1/2018 erhalten.

Änderungen der Arzneimittel-Therapiebereiche (AT)

Der garantierte AT-Richtwert ist der Wert, den jede Erkrankungsentität pro Quartal in EURO in das Kontenmodell PiRW einbringt. So liegt der Wert beispielsweise für eine Verordnung eines Antibiotikums im hausärztlichen Bereich bei 23,77 Euro pro Quartal.

Die AT-Richtwerte wurden für die jeweiligen Fachgruppen auf Datenbasis 2016 als garantierte Eurowerte berechnet und gelten für das gesamte Kalenderjahr 2018. Dabei wurden sowohl die Marktentwicklung als auch gesetzliche Änderungen wie neue oder geänderte Festbeträge sowie neue Rezepturzuschläge berücksichtigt.

Es ist uns gelungen, für 5 Fachgruppen zusätzliche Arzneimittel-Therapiebereiche neu aufzunehmen. Für einige wenige Fachgruppen wurden Arzneimittel-Therapiebereiche gestrichen. Beispielsweise fiel der AT 14 „MS Begleit-

therapie“ vollständig weg. Das hier enthaltene Fertigarzneimittel mit Cannabinoiden wurde ab 2018 der Wirkstoffliste exRW „Cannabistherapie“ zugeordnet.

Wirkstoffe außerhalb der Richtwertsystematik (exRW)

Darüber hinaus konnten mit den Krankenkassen auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch für das Jahr 2018 weitere Wirkstoffe vereinbart werden, deren Kosten nicht in die Berechnung der Richtwerte (**exRW**) einfließen. Dazu zählt beispielsweise neben der „Cannabistherapie“, die seit März 2017 in medizinisch indizierten Fällen Leistung der GKV ist, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt, auch die „Myomtherapie“ mit dem Wirkstoff Ulipristal. Diese Wirkstoffe und Präparate unterliegen damit nicht der statistischen Richtwerte-Prüfung. Stattdessen kann die Wirtschaftlichkeit bei diesen Wirkstoffen insbesondere auf die Indikationsstellung sowie die Verordnungsmenge geprüft werden.

Ausführliche Informationen finden Sie außerdem auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Richtwerte

Unter anderem sind dort folgende Übersichten hinterlegt:

- Eine Übersicht über alle AT-Bereiche und der zugeordneten Wirkstoffe
- Eine vollständige Liste der Wirkstoffe außerhalb der Richtwerte (exRW)
- Eine Auflistung der verschiedenen AT-Bereiche mit Zuordnung zu den Fachgruppen
- Eine Auflistung der jeweiligen AT-Bereiche und AT-Richtwerte pro Fachgruppe

Weitere Informationen zu den Veränderungen im Arzneimittelbereich entnehmen Sie bitte dem Verordnungsforum 44, welches im Januar 2018 erscheint.

Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2018

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2018 ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel in Höhe von 4,1 Milliarden Euro für BW vereinbaren.

Die Zielvereinbarung wurde unter fachlichen Gesichtspunkten hinsichtlich der Ziele beziehungsweise Zielwerte weiterentwickelt. So wurden die Ziele an die aktuelle Richtwertsystematik angepasst und berücksichtigen zur Zielerreichung statt der DDD-Anteile der Wirkstoffe den Anteil der AT-Fälle im jeweiligen Ziel. (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Zielvereinbarungen). Die Ziele sind dabei jeweils einem bestimmten Arzneimittel-Therapiebereich (AT) nach der geltenden Richtwertvereinbarung zugeordnet. Es wird nicht separat geprüft, ob die Ziele erreicht werden. Sie sollen jedoch eine Hilfe darstellen, um den jeweilige AT-Richtwert einhalten zu können.

Heilmittel-Richtwerte 2018

Zur besonderen Beachtung: Änderungen der PiRW Systematik

Für das Jahr 2018 wurden Heilmittel-Richtwerte für die verschiedenen Fachgruppen vereinbart. Hierbei konnte die bestehende Richtwertvereinbarung aus dem Verordnungsjahr 2017 erfolgreich fortgeschrieben werden. Basis für die Berechnungen waren die vereinbarten Richtwerte des Verordnungsjahres 2017. Positiv hervorzuheben ist, dass es der KVBW gelungen ist, erstmalig die Preissteigerungen für die Jahre 2017 und 2018 von insgesamt 7,7 %, als Aufschlag auf die Richtwerte für 2018 mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Die Heilmittel-Richtwerte gelten je kurativem Behandlungsfall je Quartal. Die Aufteilung erfolgt nach Mitgliedern/Familienversicherten (M/F) und Rentnern (R).

Prüfgruppen	Bezeichnung Richtwertgruppe	M / F 2018	R 2018
0123 0151	Anästhesisten, Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung	17,98	20,50
0710 0711 0750	FA Chirurgie	16,47	22,64
1920 8050	FA Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte und FA Innere Medizin	9,78	29,63
1937 1957	FA Innere Medizin, SP Rheumatologie	13,23	19,16
2320 2348 2350	FA Kinderheilkunde (hausärztlich und fachärztlich Tätige)	18,58	18,58
3810 3814 3850	Nervenärzte Neurologen	14,19	40,86
3815 3816	Psychiater, SP Psychotherapie Psychiater	4,33	12,23
3812 3813 3851	Kinder- und Jugendpsychiater Kinder- und Jugendpsychiater, Teilnahme an der Sozial psychiatrievereinbarung	16,95	16,95
4110 4111 4150	Neurochirurgen	36,46	42,84
4410 4411 4450	FA Orthopädie	40,00	49,14
6310 6350	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	59,36	80,56
4437	FA Orthopädie, SP Rheumatologie	36,43	44,64

Ermächtigte Ärzte erhalten die Heilmittel-Richtwerte der jeweiligen Fachgruppe.

Für Facharztgruppen ohne Heilmittel-Richtwert kann auf Antrag der Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise durch die in der Prüfvereinbarung gere-

gelten Prüfverfahren (zum Beispiel Einzelfallprüfung) oder aber beispielsweise die Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie geprüft.

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2018

Die KVBW konnte mit den Krankenkassen für das Jahr 2018 ein Ausgabenvolumen für Heilmittel in Höhe von 886 Millionen € für BW vereinbaren.

Auch für das Jahr 2018 wurden im Heilmittelbereich Ziele vereinbart. Diese dienen jedoch lediglich zur Orientierung und wirtschaftlichen Steuerung der Verordnungsweise und haben keine Konsequenzen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (siehe www.kvbawue.de » Verordnungen » Heilmittel).

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen sowie die Arznei- und Heilmittel-Richtwertvereinbarungen 2018 finden Sie auf unserer Homepage www.kvbawue.de » Verträge & Recht » Verträge & Richtlinien

Für Fragen steht Ihnen die Gruppe Beratung Verordnungsweise der KVBW über folgende Telefonnummern

- Arzneimittel 0711 7875-3663
- Heilmittel 0711 7875-3669

sowie per E-Mail unter verordnungsberatung@kvbawue.de gerne zur Verfügung.

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

Bei technischen Fragen zum Zugang auf das **Mitgliederportal** und zum Zugriff auf die dort abgelegten Unterlagen wie die Frühinformation Arzneimittel und den projizierter PiRWKV erhalten Sie Auskunft unter der Telefonnummer **0711 7875-3777**.

Die Verwaltungskostensätze der KV Baden-Württemberg

Die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg hat am 06.12.2017 die haushalterischen Grundlagen für das Jahr 2018 gelegt. Gesetzlich initiierte neue Arbeitsfelder, wie die Einführung der Telematikinfrastruktur oder die Terminservicestellen, Lösungsansätze für zunehmende Sicherstellungslücken in Baden-Württemberg, vor allem aber die Aufrechterhaltung beziehungsweise der weitere Ausbau der Service- und Beratungsleistungen der KV Baden-Württemberg machen eine Erhöhung der Verwaltungskosten erforderlich.

Damit ergeben sich ab 1. Januar 2018 (Honorarabrechnung 4/2017 bis 3/2018) folgende Verwaltungskostensätze:

Verwaltungskostensätze im Überblick: Erhebung gem. § 20 der Satzung der KVBW (Stand Juni 2017)

	Verwaltungskostensätze v.H.	
	2017	2018
Elektronische Abrechner	2,68	2,99
davon:		
- Allgemeiner Verwaltungskostensatz	2,26	2,57
- Verwaltungskostensatz für Weiterbildung	0,42	0,42
Manuelle Abrechner	4,62	4,93
davon:		
- Allgemeiner Verwaltungskostensatz	4,20	4,51
- Verwaltungskostensatz für Weiterbildung	0,42	0,42

	Landeseinheitliche Sicherstellungsumlage v.H.	
	2017	2018
Umsatzabhängige prozentuale Umlage	0,3512	0,3503
Umsatzunabhängige monatliche Kopfpauschale	69 Euro	76 Euro
Strukturpauschale gem. § 9 Abs. 2 NFD-O (Stand 01.01.2016)	5,00	5,00

Aufgrund vertraglicher Vereinbarungen und sonstiger Regelungen werden noch weitere Verwaltungskostenbeiträge und Gebühren erhoben. Soweit hierbei keine gesonderten Regelungen getroffen wurden, werden auf die dem Vertrag zugrundeliegenden Umsätze zusätzlich die landeseinheitliche prozentuale Sicherstellungsumlage und der Verwaltungskostenbeitrag zur Förderung der Weiterbildung berechnet. Auch diesen Verwaltungskostenbeiträgen liegen als Berechnungsbasis im Haushaltsjahr 2018, die Umsätze der Quartale 4/2017 bis 3/2018 zugrunde.

AMTLICHE BEKANNTMACHUNG

Satzungsbeschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 06.12.2017

Die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung vom 06.12.2017 die nachfolgende **7. Änderung der Satzung der KVBW vom 16.10.2009** beschlossen:

„Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vom 16.10.2009 geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 21.04.2010, 05.12.2012, 07.10.2015, 02.12.2015, 08.03.2017, 17.05.2017 in Kraft nach Bekanntmachung vom 24.06.2017 wird wie folgt geändert:

In § 4 Abs. 1 wird der Satz 2

„Die Mitgliedschaft angestellt Tätiger setzt eine dauerhafte Beschäftigung von über 10 Wochenstunden und, soweit relevant, eine bedarfsplanerische Berücksichtigung mit einem Anrechnungsfaktor von mindestens 0,5 gemäß bestandskräftigem Bescheid des Zulassungsausschusses voraus.“

gestrichen und durch den Satz

„Die Mitgliedschaft angestellt Tätiger setzt eine dauerhafte Beschäftigung von mindestens 10 Stunden pro Woche gemäß bestandskräftigem Beschluss des Zulassungsausschusses voraus.“

ersetzt.

Die Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg tritt vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde zum 01.01.2018 in Kraft.“

Die oben aufgeführte Änderung der Satzung der KVBW wird hiermit gemäß § 24 Abs. 1 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mit Wirkung vom 01.01.2018 in Kraft.

Stuttgart, den 07.12.2017

gez.

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands



gez.

Dr. med. Frank-Dieter Braun
Vorsitzender der Vertreterversammlung

AMTLICHE BEKANNTMACHUNG

Satzungsbeschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 06.12.2017

Die Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung vom 06.12.2017 die nachfolgende **2. Änderung der Entschädigungsregelung der KVBW vom 14.12.2005** beschlossen:

„Die Entschädigungsregelung der KVBW „Regelung der Tagegelder, Reisekosten, Entschädigungen und Sitzungsgelder für die Mitglieder der Vertreterversammlung, der Ausschüsse und des Vorstandes der KVBW“ gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 14.12.2005 und vom 03.07.2013, mit Wirkung vom 01.07.2013 wird wie folgt geändert:

Zu Nummer 1 „Tagegeld“ 2. Fußnote:

Das Wort „Ausschußsitzung“ wird durch die Wort „Ausschusssitzung“ ersetzt.

Das Wort „Sicherstellungsausschuss“ wird ersatzlos gestrichen.

Satz 2 der Fußnote „Damit sind auch die Zeiten für die Vorbereitung dieser Sitzungen abgegolten.“ wird ersatzlos gestrichen.

Zu Nummer 5 „Praxisausfallentschädigung“:

Die Nummer 5 „Praxisausfallentschädigung“ wird in der Spalte „Vertreterversammlung/Ausschüsse“ wie folgt ergänzt:

„Vorbereitungszeiten von Sitzungen

Zur Abgeltung der Vorbereitungszeiten von Sitzungen der Widerspruchsausschüsse, Plausibilitätsausschüsse, Disziplinausschüsse, Zulassungsausschüsse, Berufungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse können ab zwei Stunden Vorbereitungszeit folgende Pauschalen geltend gemacht werden:

- über 2 bis 4 Stunden 105,00 €
- über 4 Stunden 210,00 €“

Die Änderungen treten am 01.01.2018, vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, in Kraft.“

Die oben aufgeführte Änderung der Entschädigungsregelung der KVBW wird hiermit gemäß § 24 Abs. 1 der Satzung der KVBW bekannt gemacht und tritt vorbehaltlich der aufsichtsrechtlichen Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mit Wirkung vom 01.01.2018 in Kraft.

Stuttgart, den 07.12.2017

gez.

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands



gez.

Dr. med. Frank-Dieter Braun
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 80 06 08 · 70506 Stuttgart

An die Mitglieder
der KVBW

Der Vorstand

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-3300
praxisservice@kvbawue.de

8. Dezember 2017

Unser Zeichen: Dr. M. - mf



Zeit zum Durchatmen – oder doch zum Luft anhalten?

Verehrte Kolleginnen,
liebe Kollegen,

in wenigen Tagen feiert ein Großteil der Menschheit das Weihnachtsfest. Bei uns in Deutschland hat man dann das Gefühl, als würden alle einmal ausatmen und die Hektik des Alltages für einen Augenblick hinter sich lassen. Wir glauben, dass es Ihnen wie uns geht: Das ist auch dringend notwendig.

Ob wir aber durchatmen oder aber die Luft anhalten müssen und der Atem einem stockt, hängt wesentlich von dem ab, was programmatisch - aus welcher Koalition auch immer - in Berlin auf die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung auf uns zukommt. Die derzeitigen dialektischen Spielereien um eine **Bürgerversicherung** oder **Einheitliche Gebührenordnung** verunsichern existenziell die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nachhaltig und werden, wenn die Diskussion nicht rasch eine Richtung nimmt, die den Erhalt der Praxen anzeigt, zu einem **Zusammenbruch des Niederlassungswillens der nachkommenden Generation** führen. Denn nachvollziehbarer Weise kann keiner eine Investition tätigen, ohne die prospektive Sicherheit ihrer Finanzierbarkeit zu haben. Unter den budgetierten Rahmenbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung können auf dem heutigen Niveau der Vergütung die Praxen ohne die Einnahmen aus Privat- und Selektiveinnahmen und weiteren in der Regel nicht überleben.

Keine der wesentlichen Fragen der aufgezeigten Alternativmodelle ist beantwortet, weder die nach dem Gesamterhalt der Mittel im System, der Rechtmäßigkeit der Quasiabschaffung der PKV und der Frage, ob denn eine Einheitliche Gebührenordnung die medial behauptete Ungleichbehandlung von PKV- und GKV-Patienten beseitigt. Die Hauptursache dieser gefühlten Ungleichbehandlung ist die Budgetierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie aufzuheben wäre zunächst der alleinig richtige Schritt in die richtige Richtung.

Wir als Ihr Vorstand versichern Ihnen, dass wir in den aufkommenden Diskussionen der nächsten Wochen und Monate nur eines mit Vehemenz vertreten werden: die garantierte Existenz für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten! Denn Sie sind es, die 90 % aller Krankheitsfälle in der Bundesrepublik Tag für Tag, Nacht für Nacht versorgen. Auf einem beispiellos niedrigen Preisniveau für eine exzellente Qualität der abgegebenen Leistung. **Hierfür haben Sie gesellschaftliches Lob statt Unsicherheit und Existenzangst verdient.**

Wer sich die Entwicklung auf der Welt vor Augen hält, der wird erkennen, welchen Stellenwert es hat, wenn wir in einem stabilen, prosperierenden Land leben. Nicht umsonst ist Deutschland bei einer aktuellen internationalen Imageumfrage auf Platz 1 gelandet.

Wir sind davon überzeugt, dass auch unser Gesundheitssystem hierbei eine Rolle spielt. Die Diskussionen um Obamacare, in deren Verlauf plötzlich Millionen US-Amerikanern drohte, ohne Krankenversicherung dazustehen, haben vielen noch einmal vor Augen geführt, was ein guter Gesundheitsschutz bedeutet.

Als KV-Vorstände wissen wir, dass wir das heutige Versorgungsniveau nur aufrechterhalten können, wenn wir die Rahmenbedingungen für die niedergelassene Tätigkeit verbessern. Das steht im Vordergrund der neuen Amtsperiode von Vorstand und Vertreterversammlung, die in diesem Jahr begonnen hat. Eine Basis dafür stellt für uns die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Delegierten der Vertreterversammlung und den Bezirksbeiräten vor Ort dar. Nach dem ersten Jahr mit den alten und neuen Delegierten können wir sagen, dass wir weiter an einem Strang ziehen und uns um Sachthemen kümmern anstatt uns mit uns selbst zu beschäftigen. Nach vielen Jahren der Querelen scheint auch auf Bundesebene in der KBV wieder Ruhe im Vorstand eingeleitet zu sein. Dr. Gassen, Dr. Hofmeister und Dr. Kriedel als neue Vorstände arbeiten gut zusammen, die Atmosphäre in den Gremien hat sich deutlich verändert.

Erfolgreich in Baden-Württemberg können wir nur zusammen mit den Krankenkassen sein. Da hat sich der baden-württembergische Weg mit einer stabilen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Land bewährt in den Jahren unserer Verantwortung in Bezug auf Honorar und Struktur der Versorgung.

Hier im Land, im Gegensatz zur Republik, ist es uns gelungen, ziemlich geräuschlos in wichtigen Fragen Einigkeit herzustellen. Das betrifft z. B. das **Honorar**, die **NFD-Reform** und **Ablösung der Richtgrößen für Arzneimittel**, die seit Jahresbeginn 2017 in Kraft ist. Der Erfolg gibt uns Recht: Die Zahl der auffälligen Praxen ist um 90 % zurückgegangen. Unserem Ziel einer regressfreien Zone Baden-Württemberg sind wir ein großes Stück näher gekommen. Die **Notfalldienststruktur** im Land ist zum Leuchtturmprojekt und zur bundesweiten Blaupause geworden, wie man sinnvollerweise Notfalldienst organisiert. Bei selektiv adaptierten Honorarsteigerungen von über 20 % haben wir seit nunmehr über vier Jahren bei **Haus- und Kinderärzten** die Budgetierung ausgesetzt, die Fallzahlbegrenzung und die Honorarbegrenzung durch RLV ebenso. Bei den **Fachärzten** sind unter unserer Verantwortung in den meisten Fachbereichen selektiv adaptierte Honorarsteigerungen um 20 % erreicht worden, der Anteil ausbudgetierter Leistungen hat zugenommen. Weiteres bleibt nachhaltig zu tun.

Für das neue Jahr steht bei uns das Projekt **DocDirekt** im Vordergrund. Bundesweit einmalig werden wir als erste KV in zwei Modellregionen (Stuttgart und Tuttlingen) eine telefonische Beratung der Patienten und ggf. Behandlung im Sinne der **Fernbehandlung** in der Regelversorgung anbieten können. In einem Zukunftsmarkt des digital Healthcare behalten wir damit das Heft des Handelns in der Hand und sorgen dafür, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin das Primat für die ambulante Versorgung behalten, indem wir das bieten, was der Markt einfordert, um hier in Zeiten des Umbruchs zu bestehen.

Baden-Württemberg ist maßgeblich an Projekten beteiligt, die vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert werden. Beim Projekt **CoCare**, mit dem die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Ärzten bei dementsprechend höherer Vergütung verbessert werden soll, übernehmen wir die Projektleitung. Beim Projekt **RESIST** zur Vermeidung von unnötigen Antibiotika-Verordnungen bei akuten Atemwegsinfektionen, sowie bei **GEMUKI**, wo es um ein Vorsorgeplus für Mutter und Kind geht, sind wir maßgeblich beteiligt. Durch die Projekte fließen zusätzlich in 2018 Millionenhonorare nach Baden-Württemberg.

Für die **Psychotherapeuten** ist mit der Umsetzung der neuen **Psychotherapie-Richtlinie** eine grundlegende Änderung der Rahmenbedingungen in Kraft getreten. Dank Ihrer guten und engagierten Arbeit und der guten Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und den Delegierten in der VV, den Bezirksbeiräten und den Mitgliedern des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie ist es uns gelungen, die Umsetzung weitgehend reibungslos zu gestalten. Das betrifft auch die Einbeziehung der psychotherapeutischen Termine in die **Terminservicestelle**. Und schließlich freuen wir uns, dass wir einen engagierten **Beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten** haben, der dem Vorstand wichtige Impulse für seine Arbeit mit Angestellten gibt, die eine immer größere Anzahl an Mitgliedern der KVBW werden.

In einem weiteren Gebiet engagieren wir uns für die Reform des **Heilmittelkataloges**. Einfacher, transparenter und evidenter ist die Devise, unter der wir federführend für die Bundesebene mit den Krankenkassen verhandeln.

Große Sorgen bereitet der **Ärztmangel**, haus- und fachärztlich. Wissend, dass die Zahl der Kolleginnen und Kollegen über 65 Jahre hoch ist, wird bei sich reduzierendem Nachwuchs die Versorgung in den nächsten Jahren hierdurch nachhaltig betroffen sein. Dies ist das Ergebnis einer durch den Gesetzgeber zu verantwortende gescheiterten Bedarfsplanung, von zu wenig Studienplätzen und der Tatsache, dass niedergelassene Tätigkeit durch die Rahmenbedingungen zunehmend inakzeptabel und für die junge Generation unattraktiv wird. Das ebenso millionenschwere Förderprogramm Ziel und Zukunft Baden-Württemberg zur Niederlassungsförderung mit paritätischer Beteiligung der Krankenkassen bei den Aufwendungen ist ein erster Schritt, weitere Masterpläne müssen und werden folgen. Botschaft ist, dass wir als Ärzte und Psychotherapeuten nur die Versorgung leisten können, für die die Gesellschaft uns die Mittel zur Verfügung stellt.

Stürme bedingen (meistens) frische Luft. Hoffen wir, dass die heranziehenden Stürme eine frische und bessere Luft bringen. Für uns Ärzte und Psychotherapeuten.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie Weihnachten und den Jahreswechsel nutzen können, um dennoch ein wenig Abstand vom Alltag zu gewinnen. Herzlichen Dank für Ihre Arbeit, herzlichen Dank, dass Sie dies alles aushalten. Trotz aller Stürme werden wir gemeinsam mit Ihnen als tolle Ärzte- und Psychotherapeutenschaft in Baden-Württemberg diese meistern und mit aller Kraft stabil bleiben. Hierfür sind wir angetreten und hierfür werden wir weiter mit Leidenschaft arbeiten.

In diesem Sinne: Frohe Weihnachten



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. med. Johannes Fechner
Stv. Vorsitzender des Vorstandes