

KVBIINFOS 11|18

ABRECHNUNG

- 154 Die nächsten Zahlungstermine
- 154 EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2018
- 156 Spezialisierte geriatrische Diagnostik
- 158 Hyperbare Sauerstofftherapie – neue GOP ab 1. Oktober 2018
- 160 Abrechnung Dialysepauschalen zum Jahreswechsel 2018/2019
- 161 PET/CT – weitere Einsatzbereiche werden Krankenkassenleistung
- 161 GOP 04354 nicht ohne U-Untersuchung
- 162 Korrekte Abrechnung – Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst

VERORDNUNG

- 163 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 163 FAQ zu Heilmitteln
- 163 Vitamin D-Präparate auf Patientenwunsch

QUALITÄT

- 164 DMP-Feedbackberichte für das erste Halbjahr 2018

IT IN DER PRAXIS

- 164 Funktionen in „Meine KVB“ verbessert

ALLGEMEINES

- 165 FARKOR – Vertrag zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Kraft getreten

SEMINARE

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

Die nächsten Zahlungstermine

12. November 2018
Abschlagszahlung Oktober 2018

10. Dezember 2018
Abschlagszahlung November 2018

Zahlungstermine 2019

11. Januar 2019
Abschlagszahlung Dezember 2018

31. Januar 2019
Restzahlung 3/2018

11. Februar 2019
Abschlagszahlung Januar 2019

11. März 2019
Abschlagszahlung Februar 2019

10. April 2019
Abschlagszahlung März 2019

30. April 2019
Restzahlung 4/2018

10. Mai 2019
Abschlagszahlung April 2019

11. Juni 2019
Abschlagszahlung Mai 2019

10. Juli 2019
Abschlagszahlung Juni 2019

31. Juli 2019
Restzahlung 1/2019

12. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2019

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

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

EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 426. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen zum 1. Oktober 2018 wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

Neue Gebührenordnungspositionen für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit

Der gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 17. November 2017 die „Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit“ in die Anlage I der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen. Hierzu wurden eine neue Gebührenordnungsposition und eine neue Kostenpauschale in den EBM aufgenommen:

Neu: GOP 34298

■ Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nummer 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Be-

handlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM Bewertung: 980 Punkte
Preis B€GO: 104,41 Euro

- Genehmigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall eine Koronarangiographie nach GOP 34291 abgerechnet wurde
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung neben den Abklärungsnotfallpauschalen (GOPen 01205 und 01207), Infusionen (GOPen 02100 und 02101), der Blutabnahme (GOP 02330), der intraarteriellen Injektion (GOP 02331), Durchleuchtungen (GOPen 34280 und 34281) und der Bildwandlergestützten Intervention(en) an der Wirbelsäule (GOP 34503) nicht berechnungsfähig
- am Behandlungstag neben der Serienangiographie (GOP 34283) und deren Zuschläge (GOPen 34284 bis 34287), sowie der Angiokardiographie (GOP 34290) nicht berechnungsfähig

Neu: GOP 40301

■ Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298

Preis B€GO: 660,- Euro

- einmal im Behandlungsfall abrechenbar

- nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 34298 abgerechnet wurde
- enthält alle Sachkosten, einschließlich der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 34298 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst.

Photoselektive Vaporisation (PVP) und Thulium-Laserenukleation (TmLEP) ab 1. Oktober 2018 über EBM berechnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 15. Februar 2018 die Photoselektive Vaporisation (PVP) und die Thulium-Laserenukleation (TmLEP) als anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 7/8-2018, Seite 93).

Abrechnung über bereits bestehende Gebührenordnungspositionen

Das Verzeichnis nach Anhang 2 des EBM wird um die OPS-Codes 5-601.42 (= Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Laserdestruktion: Laservaporisation) und der OPS-Code 5-601.72 (= Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Enukleation) ergänzt. Die Abrechnung erfolgt ab dem 1. Oktober 2018 über die bereits seit April 2016 bestehenden (belegärztli-

chen) Gebührenordnungspositionen für die Holmium-Laserverfahren:

GOP	Kurztext	Bewertung in Punkten/B€GO
36289	Laserendoskopischer urologischer Eingriff bis 45 Minuten Dauer	2.108 Punkte/ 224,59 Euro
36290	Zuschlag zur GOP 36289 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	364 Punkte/ 38,78 Euro
36505	Postoperative Überwachung	120 Punkte/ 12,79 Euro
36823	Anästhesie und/oder Narkose	949 Punkte/ 101,11 Euro
36829	Zuschlag bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose bei Verlängerung des Eingriffs	191 Punkte/ 20,35 Euro

Genehmigung erforderlich

Die Thulium-Laserenukleation und die photoselektive Vaporisation dürfen Fachärzte für Urologie durchführen, die über eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Genehmigung werden in der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt, die in Hinblick auf die zwei neuen Verfahren noch angepasst wird. Bis zum Inkrafttreten der erweiterten Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostata-syndroms (bPS) können die OPS-Codes übergangsweise bei Vorliegen einer Genehmigung nach der bestehenden Vereinbarung berechnet werden. Die Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31. Dezember 2018.

GOP 01416 von psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschlüssen vom 17. März 2017 die Krankentransport-Richtlinie und die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie dahingehend geändert, dass eine Krankenförderung und Krankenhausbehandlung auch von psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden kann.

Dementsprechend wird die GOP 01416 (90 Punkte, 9,59 Euro) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 als eine für die psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähige Leistung in die Präambel 23.1 Nummer 5 aufgenommen.

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Anpassung des EBM an die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle

Aufgrund des Inkrafttretens der neuen Qualitätssicherungs-Vereinbarung (QSV) Rhythmusimplantat-Kontrolle zum 1. Oktober 2018 (siehe auch unser Rundschreiben vom 21. August 2018) wurde in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 bis 04416, 13571, 13573 bis 13576 der Verweis auf die nunmehr gültige QSV zur Rhythmusimplantat-Kontrolle in den EBM aufgenommen. In der Präambel 13.1 Nummer 3, 4 und 8 sowie der Präambel 13.3.5 Nummer 2 wurde der Verweis auf die bis zum 30. September 2018 gültige Übergangsregelung zur Genehmigungserteilung gestrichen.

Weitere Informationen zur neuen Qualitätssicherungsvereinbarung, dem Berechtigungsverfahren und die Genehmigungsanträge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/R/Rhythmusimplantat-Kontrolle*. Die QSV kann demnächst auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung* abgerufen werden.

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

1. GOPen 30980, 30981 – Vorabklärung vor weiterführendem geriatrischen Assessment

Konsiliarische Beratung zwischen Hausarzt und Geriater zur Abrechnung notwendig

Vor einem weiterführenden geriatrischen Assessment nach Gebührenordnungsposition 30984 muss zunächst im Rahmen einer konsiliarischen Beratung zwischen dem überweisenden Vertragsarzt und der spezialisierten geriatrischen Praxis geklärt werden, ob ein geriatrischer Patient hierfür überhaupt geeignet ist. Diese Abklärung findet ohne Patientenkontakt statt. Sie kann auch fallabschließend sein und eine Vorstellung des Patienten in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erübrigen oder durch Klärung des hausärztlichen Behandlungsauftrags und gegebenenfalls hierfür erforderlicher Vorbefunde/-untersuchungen der effizienten Vorbereitung der Vorstellung des Patienten beim Geriater dienen.

Für diese gemeinsame Abklärung im Vorfeld rechnen Hausärzte die Gebührenordnungsposition 30980 und Geriater die Gebührenordnungsposition 30981 ab (siehe Grafik 1).

Vorabklärung zwischen Hausarzt und Geriater in gleicher BAG beziehungsweise gleichem MVZ

Sind in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Hausärzte zusammen mit geriatrisch spezialisierten Ärzten tätig, kann

das weiterführende geriatrische Assessment (GOP 30984) vom Geriater auch ohne Überweisung durchgeführt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass zuvor ein hausärztliches geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) erfolgt ist, aus dem sich die Notwendigkeit für ein weiterführendes Assessment ergeben hat.

Da der Aufwand für die Abstimmung innerhalb eines MVZ oder einer BAG geringer ist, wird in diesen Fällen ein Abschlag in Höhe von 50 Prozent auf die Gebührenordnungspositionen der Vorabklärung vorgenommen. Die Gebührenordnungspositionen sind in der Abrechnung mit dem Buchstaben „D“ zu kennzeichnen (30980D, 30981D), siehe Grafik 2.

Vorabklärung durch Geriater bei eigenem Patienten

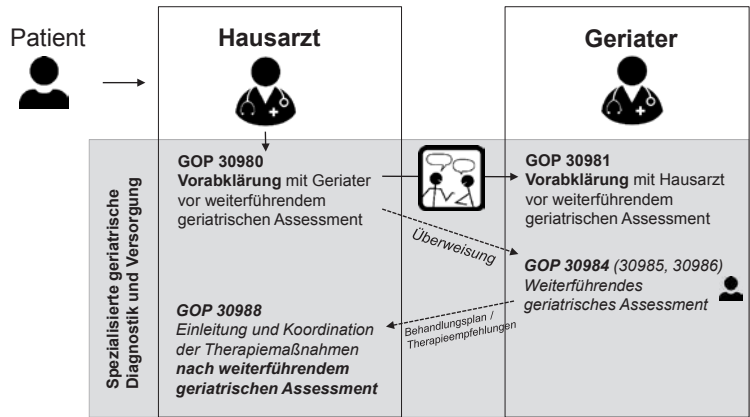
Will ein geriatrisch spezialisierter Hausarzt für seinen Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen, muss ihm ein anderer geriatrisch spezialisierter Arzt (formlos) bescheinigen, dass das Assessment erforderlich ist. Die Bescheinigung ist nicht mit der Abrechnung bei der KVB einzureichen, kann aber gegebenenfalls zu Prüfzwecken angefordert werden.

Der mitbeurteilende Arzt kann hierfür die GOP 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) abrechnen. Die Mitbeurteilung kann sowohl anhand vorliegender Befunde, als auch im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten vorgenommen werden (siehe Grafik 3).

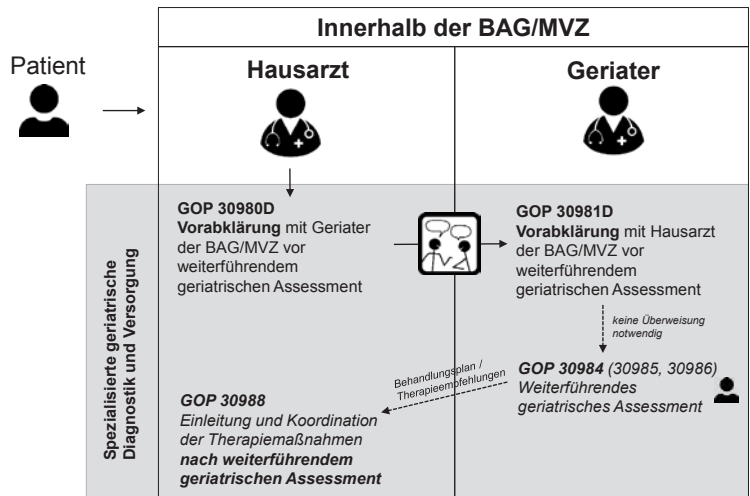
2. GOP 30988 erst nach Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments berechnungsfähig

Nach einer spezialisierten geriatrischen Diagnostik erfolgt die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen durch den Hausarzt entsprechend dem vom Geriater erstellten Behandlungsplan. Die Gebührenordnungsposition 30988 (Zuschlag zum hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach den GOPen 03362 beziehungsweise zu den Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung nach den GOPen 16230, 16231, 21230 und 21231) kann somit erst im Anschluss an eine spezialisierte geriatrische Diagnostik abgerechnet werden. Das weiterführende geriatrische Assessment nach GOP 30984 darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.

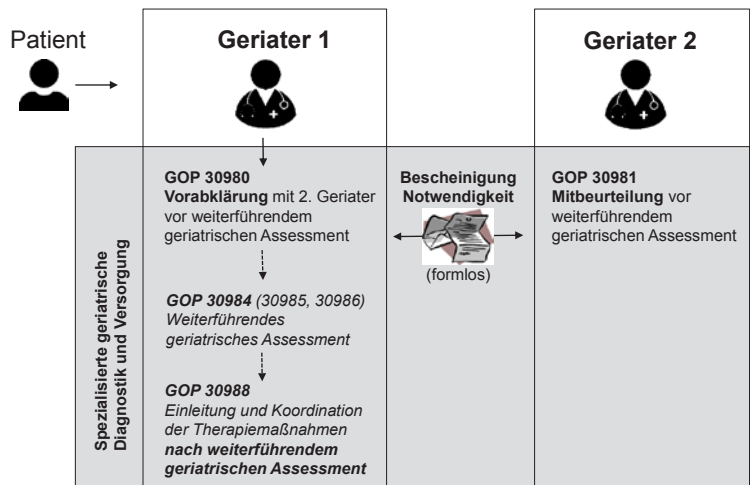
Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10
 Fax 0 89 / 5 70 93 - 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de



Grafik 1



Grafik 2



Grafik 3

Hyperbare Sauerstofftherapie – neue GOP ab 1. Oktober 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat mit Beschluss vom 21. September 2017 die „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ als neue Behandlungsmethode in die Richtlinien-Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen (siehe KVB INFOS, Ausgabe 3/2018, Seite 27). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 426. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 die Aufnahme von neuen Leistungen unter Abschnitt 30.2.2 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen.

Indikationen zur Hyperbaren Sauerstofftherapie

Die hyperbare Sauerstofftherapie ist nur bei Patienten berechnungsfähig, deren Läsion Gelenkkapsel oder Sehnen einschließt (entsprechend Wagner Stadium II) und bei denen alle anderen Maßnahmen der Standardtherapie (= mindestens Stoffwechsoptimierung, Revaskularisation, medikamentöse Behandlung, leitliniengerechte Wundversorgung, Wunddebridement, Verbände, Druckentlastung, chirurgische Maßnahmen) nachweisbar erfolglos geblieben sind.

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick

Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen (wie zum Beispiel konkrete Leistungsinhalte, berechnigte Fachgruppen, notwendige Kennzeichnungen und Abrechnungsausschlüsse) entnehmen Sie bitte dem Beschluss auf der Internetseite unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse oder unseren detaillierten Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/Weitere Informationen*.

GOP	Bezeichnung	Bewertung in Punkten/ BEGO	
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischen Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des G-BA	64 Punkte/ 6,82 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, zweimal im Krankheitsfall nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (Feldkennung 5009) ■ telefonisch berechnungsfähig, sofern allen Teilnehmern die erforderlichen Dokumentationen vorliegen ■ an der Fallkonferenz müssen bestimmte Arztgruppen teilnehmen (Details und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der <i>Rubrik Abrechnung/BEGO-EBM/Weitere Informationen</i>)
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des GBA	343 Punkte/ 36,54 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, zweimal im Krankheitsfall nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (Feldkennung 5009) ■ berechnungsfähig von <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie ■ Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“

GOP	Bezeichnung	Bewertung in Punkten/ B€GO	
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des G-BA	140 Punkte/ 14,92 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ je Bein, je Sitzung berechnungsfähig ■ Arzt muss bestimmte Anforderungen erfüllen (Details und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik <i>Abrechnung/B€GO-EBM/Weitere Informationen</i>)
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des G-BA	323 Punkte/ 34,41 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ genehmigungspflichtig ■ einmal vor Beginn eines Behandlungszyklus, maximal zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des G-BA	1.173 Punkte/ 124,97 Euro	<ul style="list-style-type: none"> ■ genehmigungspflichtig ■ nur auf Auftragsüberweisung und nach Vorabklärung möglich ■ einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, maximal 40 Behandlungen pro Behandlungszyklus, zweiter Behandlungszyklus nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit (FK5009)

Genehmigungspflichtige Leistungen

Die Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach GOP 30216 und 30218 setzt eine durch die KVB zuvor erteilte Genehmigung für die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom nach dem Anhang zum Abschnitt 30.2.2 EBM voraus. Zur Erteilung der Genehmigung sind fachliche, personelle, organisatorische und räumliche Voraussetzungen nach-

zuweisen. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antragsformular, abzurufen unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/H/Hyperbare Sauerstofftherapie*.

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

Abrechnung Dialysepauschalen zum Jahreswechsel 2018/2019

Dialyse-Sachkosten in quartalsübergreifenden Wochen

Die Dialyse-Sachkostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40816, 40823 und 40825 sowie die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 40835 und 40837 können einmal je Behandlungswoche (= mindestens drei Hämodialysentage beziehungsweise IPD-Dialysentage oder mindestens vier von sieben Peritonealdialysentagen als CAPD beziehungsweise CCPD) berechnet werden.

Ist die Behandlungswoche quartalsübergreifend, sind die Wochenpauschalen in dem Quartal berechnungsfähig, in dem die letzte Dialyse der Woche durchgeführt wurde. Voraussetzung ist auch hier, dass in der Kalenderwoche mindestens drei Dialysen erbracht wurden. Bezogen auf den Jahreswechsel 2018/2019 heißt das, dass die am 31. Dezember 2018 durchgeführte Dialyse als erste Dialyse der ersten Kalenderwoche in 2019 zählt.

Vorverlegung einer Dialyse

Eine Dialyse kann unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte von einem Montag auf den vorherigen Sonntag vorverlegt werden. Aufgrund dieser Vorverlegung können dann zum Beispiel in der Vorwoche vier Hämodialysen, in der aktuellen Woche dagegen nur zwei Hämodialysen erbracht worden sein. Die von Montag auf Sonntag vorverlegte Hämodialyse zählt dann als erste Dialyse der aktuellen Behandlungswoche.

Die Wochenpauschale – die ja die Durchführung von zum Beispiel mindestens drei Hämodialysen voraussetzt – kann in diesem Fall auch für die aktuelle Behandlungswoche berechnet werden. Berechnungsfähig wäre somit für jede der beiden Kalenderwochen die volle Wochenpauschale.

Wichtig: Bitte geben Sie bei der Abrechnung der Dialysewochenpauschalen 40816, 40823 oder 40825 **unbedingt die Begründung „Vorverlegung“ in der KVDT-Feldkennung 5009** (freier Begründungstext) an, wenn Sie eine Dialyse von der letzten Kalenderwoche des Jahres 2018 beziehungsweise der ersten Kalenderwoche des Jahres 2019 vorverlegen.

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

PET/CT – weitere Einsatzbereiche werden Krankenkassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Mai drei Beschlüsse zur Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT) bei verschiedenen Fragestellungen im Rahmen der Behandlung maligner Lymphome in der vertragsärztlichen Versorgung gefasst. Der Beschluss trat am 8. August 2018 in Kraft.

Für die beiden folgenden Indikationen kann die PET/CT zukünftig auch vertragsärztlich angewendet werden:

- **als Interim-Staging (Stadienzuordnung nach Vorbehandlung) bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen**

Künftig kann bei Patienten mit Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie mit PET/CT-Aufnahmen das aktuelle Krankheitsstadium beurteilt und über eine mögliche Verkürzung der Chemotherapie entschieden werden. In Fällen, in denen die Chemotherapie fortgeführt werden muss, können Dosis und Intervalle zielgenauer geplant werden.

- **bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen**

Mithilfe der PET/CT kann künftig bei Kindern und Jugendlichen mit einem malignen Lymphom (Hodgkin oder Non-Hodgkin Lymphom) die Therapie geplant werden. So kann zum Beispiel im Rahmen des initialen Stagings auf eine Knochenmarkpunktion verzichtet werden oder auf Basis von PET-Befunden nach Interim-Staging eine nachfolgende Radiotherapie gezielter eingesetzt werden.

Non-Hodgkin-Lymphome: Beratungsverfahren weiterhin ausgesetzt

Das Beratungsverfahren im G-BA zur PET beziehungsweise PET/CT bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen (Interim-Staging) bleibt bis zum Jahr 2021 ausgesetzt. Der G-BA will noch Studienergebnisse abwarten, um eine abschließende Entscheidung treffen zu können.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die oben genannten Indikationen können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Eine Ergänzung der bestehenden QS-Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist zeitgleich vorgesehen.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren. Sie finden die Beschlüsse mit ihren tragenden Gründen auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse.

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

GOP 04354 nicht ohne U-Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 04354 ist als Zuschlag zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 (GOPen 01712 bis 01719), J1 (GOP 01720) und U7a (GOP 01723) für die Erbringung des Inhalts der Entwicklungsuntersuchungen bei Vorliegen eines pathologischen Ergebnisses einer Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung dieses Zuschlags nur möglich ist, wenn zuvor eine Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt und abgerechnet wurde.

Sollte keine Kinderfrüherkennungs- beziehungsweise Jugendgesundheitsuntersuchung durchgeführt worden sein, können die Einzelleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04351 (= Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung) und/oder 04353 (= Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung) abgerechnet werden.

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

Korrekte Abrechnung – Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst

Im Quartal 1/2018 ist die Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst erstmalig mit der Abrechnung ausbezahlt worden. Die Förderung von Nachtschichten soll einen Anreiz für die Sicherstellung der Fahrdienste durch Übernahmen von Nachtschichten schaffen. Der im Honorarbescheid ausgewiesene Förderbetrag berechnet sich wie folgt:

- Zunächst werden alle pro Quartal im Dienstplan eingetragenen Fahrdienststunden von 0.00 bis 8.00 Uhr eines diensthabenden Arztes summiert und mit einer Vergütung von 52,- Euro pro Stunde multipliziert. Dieser Betrag steht als maximaler Förderbetrag für den betroffenen Arzt zur Verfügung.
- Anschließend werden alle eingereichten Leistungen (Honorarumsatz) des diensthabenden Arztes (zwischen 0.00 bis 8.00 Uhr) entsprechend dem Dienstplan summiert und gegen die maximale Höhe der Förderung gerechnet.
- Ist der Honorarumsatz kleiner als die maximale Höhe der Förderung, wird die Differenz als Förderbetrag ausbezahlt.

Bei einem Vergleich der abgerechneten Leistungen für Hausbesuche und Telefonberatungen und der durch die Vermittlungs- und Beratungszentrale der KVB tatsächlich vermittelten und erbrachten Leistungen für denselben Zeitraum haben wir Diskrepanzen festgestellt. Demnach haben einige diensthabende Ärzte zu wenige oder gar keine Leistungen in der Abrechnung angesetzt, obwohl Hausbesuche und Telefonberatungen von ihnen erbracht wurden.

Wir möchten Sie an dieser Stelle an Ihre berufs- und vertragsärztliche Verpflichtung erinnern, wonach Sie die von Ihnen erbrachten Leistungen gegenüber der KVB einreichen müssen. **Bitte achten Sie darauf, tatsächlich erbrachte Leistungen zukünftig vollständig in der Abrechnung anzusetzen.**

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

Die korrekte Auszahlung der Förderung setzt somit eine **vollständige Abrechnung aller erbrachten Leistungen** in den Nachtschichten voraus.

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entschieden, den am 5. April 2018 getroffenen Beschluss zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in der konsolidierten Fassung zu veröffentlichen (Änderung des Beschlusses vom 17. November 2017).

Dabei handelt es sich unter anderem um Impfungen ehrenamtlich Tätiger mit einem Expositionsrisiko gegen Hepatitis A und B. In der Neufassung der SI-RL werden Auszubildende, Praktikanten, Studierende und ehrenamtlich Tätige als Personen aufgeführt, für die gegebenenfalls eine berufliche Indikation für eine Hepatitis A und/oder Hepatitis B-Impfung infrage kommen kann. In der Regel wird der Arbeitgeber (nicht die GKV) für diese Impfungen verantwortlich sein (siehe Verordnung Aktuell „Umsetzung der STIKO-Empfehlungen August 2016“ vom 21. August 2017 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*).

Alle weiteren Inhalte des Beschlusses vom 17. November 2017 (online zu finden unter <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3133/>) werden bis zur gerichtlichen Klärung vorbehaltlich weiterer aufsichtsrechtlicher Maßnahmen zurückgestellt.

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

FAQ zu Heilmitteln

Die FAQ zur Ergotherapie, zur Physikalischen Therapie und zum besonderen Verordnungsbedarf sowie langfristigen Heilmittelbedarf wurden um die Information ergänzt, dass ZN1 beziehungsweise EN1 längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (= 18. Geburtstag) zu verwenden sind. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres verwenden Sie bitte ZN2 beziehungsweise EN2.

Ausschlaggebend ist das Alter Ihres Patienten am Tag der Ausstellung der Verordnung. Die FAQ zum besonderen Verordnungsbedarf und langfristigen Heilmittelbedarf wurden zusätzlich um diese Frage/Antwort ergänzt:

„Handelt es sich bei der Diagnose ‚Lymphödem‘ um einen langfristigen Behandlungsbedarf gemäß der Diagnoseliste?“

Ein Lymphödem ab Stufe II wird in der Diagnoseliste aufgeführt. Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf, auch administrativ bei den Krankenkassen, ist, dass der korrekte ICD-10-Code in Verbindung mit dem gelisteten Diagnoseschlüssel auf die Verordnung gedruckt wurde.

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

Vitamin D-Präparate auf Patientenwunsch

Vor dem Hintergrund der Berichterstattung über die Auswirkungen eines Vitamin D-Mangels werden Sie in der Praxis häufig mit dem Wunsch von Patienten nach einer Verordnung von Vitamin D-Präparaten konfrontiert.

Von der Substitution des Vitamin D (Vitamin D3, Colecalciferol) zum Ausgleich eines Mangels ist die Therapie mit Vitamin D-Analoga wie Alfacalcidol oder Calcitriol abzugrenzen. Diese verschreibungspflichtigen Präparate sind in den zugelassenen Anwendungsgebieten ordnungsfähig und wirtschaftlich, soweit Vitamin D3 erkrankungsbedingt nicht (mehr) verstoffwechselt werden kann. Dies umfasst insbesondere Erkrankungen, bei denen im Vitamin D-Metabolismus die 1-alpha-Hydroxylierung in der Niere beeinträchtigt ist, wie renale Osteodystrophie mit einem gestörten Calcium- und Phosphatstoffwechsel, wie sie als Folge von Nierenfunktionsstörungen ohne oder mit Dialysebehandlung sowie anfangs bei Zuständen nach Nierentransplantation auftreten kann.

In unserer Verordnung Aktuell „Vitamin D-Präparate zwischen Verordnungsfähigkeit und Patientenwunsch“ informieren wir Sie ausführlich zu diesem Thema.

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

DMP-Feedbackberichte für das erste Halbjahr 2018

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2018 die DMP-Feedbackberichte erstellt.

Anhand dieses Instruments erhalten alle koordinierenden Ärzte eine praxisindividuelle Rückmeldung über die Behandlung ihrer Patienten hinsichtlich der vereinbarten Qualitätsziele.

Unter dem Button „Meine KVB“ auf der Startseite www.kvb.de kann jeder koordinierende DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Klicken Sie dazu auf das Auswahlfeld „Unterlagen einsehen“. Von dort kommen Sie direkt in das Aktenarchivsystem der KVB (SmarAkt). Wählen Sie hier unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20181“ für das erste Halbjahr 2018).

Bei Fragen zu den DMP-Feedbackberichten erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55

E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

Funktionen in „Meine KVB“ verbessert

Im Mitgliederportal „Meine KVB“ können Sie ab Mitte November über die Kachel „Dateien einreichen“ unser neues modernisiertes System zur Einreichung Ihrer Dateien nutzen. Sie haben dort wie gewohnt die Möglichkeit, Ihre Abrechnung sowie Dokumentationen hochzuladen. Jedoch wurden die Funktionen erweitert und vereinfacht. Ausführliche Informationen zur neuen Funktion „Dateien einreichen“ finden Sie in dieser KVB FORUM-Ausgabe auf Seite 34.

Zu Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Svenja Meyer unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 72
E-Mail Svenja.Meyer@kvb.de

FARKOR – Vertrag zur Abrechnung ärztlicher Leistungen in Kraft getreten

Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts FARKOR – „Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom“ möglich. Ziel des Projekts ist es, die Mortalität durch das kolorektale Karzinom für Versicherte im Alter von 25 bis unter 50 Jahren zu verringern. Teilnehmende Krankenkassen sind die AOK Bayern, der BKK Landesverband, die KNAPPSCHAFT und bestimmte Mitglieds-kassen des vdek (TK, BARMER, DAK-Gesundheit).

Die Vergütung der FARKOR-Leistungen erfolgt extrabudgetär. Bei dem Großteil der ärztlichen Leistungen wird die Vergütung durch eine eDokumentation automatisch ausgelöst, sodass kein aktives Ansetzen der EBM-Ziffern erforderlich ist.

Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einer niedergelassenen Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellten Hausärzte gemäß Paragraf 73 Absatz 1a SGB V, mit Ausnahme von Kinder- und Jugendärzten. Ferner folgende Facharztgruppen: Fächärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (SP), Internisten mit SP Gastroenterologie, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen, Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie, Humangenetiker, Pathologen, Laborärzte sowie Vertragsärzte, die bestimmte EBM-Leistungen (01737, 01738, 01741, 01742, 13423, 01743, 13421, 13422) abrechnen dürfen.

Bei Interesse finden Sie weitere Informationen zur Vereinbarung, den Teilnahmevoraussetzungen sowie zur Teilnahmeerklärung, der Vergütung und den teilnehmenden Krankenkassen sowie zur Evaluation unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/F/FARKOR*.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

DMP – Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Koordinierenden Ärzten im Rahmen der Disease Management Programme bieten wir mit dem DMP-Fortbildungstag eine Möglichkeit, wie sie ihre jährliche Fortbildungspflicht für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit sowie die im Drei-Jahres-Rhythmus nachzuweisende Fortbildung zum DMP Asthma/COPD an einem Tag erfüllen können.

Die Referenten vermitteln Ihnen neue sowie bekannte Erkenntnisse aus der Forschung, die für die Umsetzung der DMP relevant sind, wobei jeder Referent sein besonde-

res Augenmerk auf ein spezielles Thema aus der jeweiligen Indikation richtet.

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

Sie können diese Fortbildung auch online durchführen unter www.curacampus.de.

Zielgruppe

Ärzte, die an einem Disease Management Programm (DMP) teilnehmen

Themenschwerpunkte

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

Referenten

Externe Referenten

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

Seminararten

21. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg/KVB
8. Dezember 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Weitere Termine finden auch im Jahr 2019 statt.

Neues Seminar für Praxisinhaber

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

In diesem Seminar werden Ihnen die Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte und Psychotherapeuten (GOÄ) und die fachgruppenspezifischen Feinheiten der privatärztlichen Abrechnung für den Bereich Psychotherapie vorgestellt.

Daneben werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie mögliches Honorarpotenzial gewinnbringend genutzt werden kann, mit dem Ziel, die GOÄ korrekt und vollständig anzuwenden.

Zielgruppe

Psychotherapeuten

Themenschwerpunkte

- Aufbau der GOÄ
- Wichtige Paragraphen als Grundlagen
- Private Kostenträger im Überblick
- Ersatz von Auslagen
- Analoge Bewertungen/Faktorenerhöhungen
- Abschnitt B – Grund- und allgemeine Leistungen
- Abschnitt G – Psychotherapie – Grundlagen der Abrechnung
- Rechnungsstellung nach GOÄ
- Kostenerstattung

Referenten

Externe Referentin

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

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

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

Unsere Servicezeiten

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

Seminardaten

8. Dezember 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München/KVB
------------------	---------------------	-------------

Weitere Termine finden auch im Jahr 2019 statt.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2019

Die Seminartermine werden voraussichtlich ab Mitte November 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche (Details und Online-Anmeldung)* veröffentlicht. Die Seminarbroschüren 2019 versenden wir Anfang Dezember 2018 an die Praxen.

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

Informationen zu Qualitätsmanagement und Hygiene

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

Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

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

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*.
Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Fortgeschrittene

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Asthma-COPD

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

Fachseminare

Hautkrebsscreening

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 4

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	14. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		20. November 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		5. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		19. Dezember 2018	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Psychotherapeuten	95,- Euro	8. Dezember 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Dezember 2018	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	1. Dezember 2018	9.30 bis 15.45 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. November 2018	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
		8. Dezember 2018	10.00 bis 15.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	16. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	12. Dezember 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Dezember bis 15. Dezember 2018	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	100,- Euro	17. November und 24. November 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		8. Dezember und 15. Dezember 2018	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	15. Dezember 2018	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	24. November 2018	9.00 bis 16.15 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	12. Dezember 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	5. Dezember 2018	17.00 bis 20.45 Uhr	München

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet**Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Expertengespräch Ärztliche Leichenschau

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt und Psychotherapeuten

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Niederlassung und Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Grenzen setzen – Grenzen achten

Konfliktmanagement

Motivierte Mitarbeiter als Erfolgsfaktor

Patientengespräche zielgerichtet führen

Praxismarketing als Teamaufgabe

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Start-Up ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Telefontraining für die Praxis

Telefonieren in der Praxis – Auffrischung und Vertiefung

Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	14. November 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		5. Dezember 2018	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Poolärzte	kostenfrei	13. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
		30. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	10. November 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
		10. November 2018	9.30 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		1. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
		8. Dezember 2018	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2018	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	30. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	23. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. November 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2018	16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. November 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth

