

KVBINFOS 2019



Bild: iStockphoto.com/diego_carvo

JAHRESINHALTSVERZEICHNIS 2019

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
ABRECHNUNG			
Abrechnung über das Sozialversicherungsabkommen (SVA)	9/112	Die nächsten Zahlungstermine	6/86
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019	3/22	Die nächsten Zahlungstermine	7-8/102
Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019	4/50	Die nächsten Zahlungstermine	9/102
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019	6/86	Die nächsten Zahlungstermine	10/126
Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019	7-8/102	Die nächsten Zahlungstermine	11/146
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019	9/102	Die nächsten Zahlungstermine	12/162
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019	10/126	EBM - Änderungen zum 1. April 2019	5/67
Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019	12/162	EBM - Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2019 und rückwirkend zum 1. Oktober 2018	3/24
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018	1-2/2	EBM - Änderungen zum 1. Juli 2019	9/105
Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2019	11/146	EBM - Änderungen zum 1. Oktober 2019	10/128
Änderung Bedarfsplanungs-Richtlinie Jobsharing	10/133	EBM - Änderungen zum 1. Oktober 2019	11/148
Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung	9/114	EBM - Änderungen zur Videosprechstunde	11/150
ASV - Hämophilie	9/114	EBM: Berechnungsfähigkeit des Harnstreifentests	7-8/105
Atem- und Krankengymnastik - einmal je Sitzung	9/111	EBM: Proktoskopie neben kurativer Koloskopie	12/169
Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie in den EBM	9/113	EBM-Änderungen: Ausweitung der Videosprechstunde	12/164
Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2019	1-2/4	Ergänzung Berichtspflicht Haus- und Fachärzte	3/33
Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2020	12/164	FARKOR: Vergütung angehoben	7-8/108
Berechnungshäufigkeit bei obligaten Leistungsinhalten	7-8/106	Früherkennungs-Mammographie - Bewertung angehoben	11/152
Bereitschaftspauschale GOP 0135	12/170	G-BA beschließt erweitertes Neugeborenen-Screening	4/52
Berichtspflicht Haus- und Fachärzte	1-2/5	GKV-Leistung: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen	3/32
Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom	10/133	GOP 13250: Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	7-8/107
Die nächsten Zahlungstermine	1-2/2	Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB	9/104
Die nächsten Zahlungstermine	3/22	Herzschrittmacherkontrollen - Neubewertung ab 1. Januar 2019	5/76
Die nächsten Zahlungstermine	4/50		
Die nächsten Zahlungstermine	5/66		

	Ausgabe/Seite
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	10/130
Honorarverteilungsmaßstab (HVM) - Information nach Vertreterversammlung am 23.März 2019	5/66
ICD-10-GM: Ersatzwert „UUU“ entfällt	12/171
Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	7-8/104
Mutterschafts-Richtlinien: Urinsediment gestrichen	7-8/105
Optische Kohärenztomografie bald GKV-Leistung	5/73
PET/CT - weiterer Einsatzbereich wird GKV-Leistung	3/32
Projekt „Trittsicher durchs Leben“ beendet	1-2/6
Psychotherapie: Zusätzliche Kontingente für Menschen mit geistiger Behinderung	3/33
Richtlinienpsychotherapie: Beginn erst nach Bewilligung	7-8/108
Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Januar 2018	1-2/4
Sonografie von Extremitätenvenen: Wann ist GOP 33076 abrechenbar	9/110
Soziotherapie - Verordnung auch für berechnigte Psychotherapeuten	11/153
Szintigraphische Untersuchungen	4/53
Telekonsil - Abschnitt 34.8 EBM	4/52
Vertretung Suchtmedizin - Abrechnungshinweise	11/151
Zervixkarzinom-Screening: Geänderte Untersuchungsintervalle	7-8/106
Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung	9/111
Zweitmeinungsverfahren - Informationen zur Kennzeichnung	5/74

	Ausgabe/Seite
ALLGEMEINES	
Aktualisierung ICD-10-GM und OPS-Versionen 2019	1-2/12
AOK Bayern: Anspruchsnachweise nicht per Fax	11/155
Arzt- und Psychotherapeutensuche: Anzeige telefonische Erreichbarkeit	4/56
Defibrillatoren der Marke Telefunken	10/137
FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten	1-2/12
FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten	3/40
Geschlechtsangabe auf Formularen	9/119
„Gesund schwanger“	3/40
Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“	9/118
Nachweis AU während teilstationärer Behandlung	12/174
Neuer Vertrag „Hallo Baby“	6/92
Patientenkartei	3/41
PETRA: Projektstart am 15. Mai 2019	7-8/110
Thesauren und Zi-Kodierhilfen 2019	1-2/12
Überweisungen: Unterschiede beachten	9/118
Überweisungsschein (Muster 6) - Änderungen	9/118
Zukunftskreis „Meine KVB“: Friendly User gesucht	1-2/11
IT IN DER PRAXIS	
BayLDA prüft Schutz vor Verschlüsselungstrojanern	1-2/11
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	4/57
Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern	10/136

	Ausgabe/Seite		Ausgabe/Seite
QUALITÄT			
Aktualisierung der DMP Dokumentationen	4/55	FAQ zur Krankenförderung	6/88
Änderung QSV zur Laserbehandlung des benignen Prostatakarzinoms	1-2/10	FAQ zur Krankenförderung	9/116
DMP Brustkrebs: Liste Psychotherapeuten	5/77	GKV-Heilmittelsatistik im KVB-Mitgliederportal	12/173
Hautkrebscreening: Änderung in der eDoku	3/39	Häusliche Krankenpflege	1-2/7
„Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“: Broschüre aktualisiert	3/39	Häusliche Krankenpflege	3/37
Neue DMP-Teilnahmeformulare für Patienten	4/55	Hepatitis-B-Impfung richtig verordnen	4/54
Übermittlung von DMP-Dokumentationen	4/56	Herpes-Zoster - anhaltender Lieferengpass	12/174
VERORDNUNGEN			
Abgrenzung häusliche Krankenpflege von StäB	10/135	Hilfsmittel-Richtlinie	3/36
Änderung bei Omega-3-haltigen Präparaten	3/38	Hilfsmittelverzeichnis erklärt	1-2/8
Arzneimittel-Richtlinie - Beschlüsse des G-BA	1-2/7	HPV-Impfstoffe richtig verordnen	11/154
Arzneimittelversorgungsvertrag	9/116	HPV-Impfung für Mädchen und Jungen	1-2/8
Blutzucker: Real-Time-Messgeräte	9/117	Impfung gegen Herpes Zoster verordnungsfähig	6/90
Diagnoseliste - besondere Verordnungsbedarfe	4/53	Impfung gegen Herpes Zoster: Ergänzung	7-8/110
Doxylamin zur Behandlung bei Kindern	1-2/8	Keine Verschreibungspflicht für Diclofenac, Hydrocortison, Levocetirizin	6/88
Erenumab AimovigR-Migräneprophylaxe	3/37	Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen	1-2/9
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	3/34	Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen	3/38
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	4/54	Kontrazeptiva: Verordnungsfähigkeit	6/90
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	7-8/109	Krankenförderung - neues Muster 4	4/54
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	9/115	Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung	3/36
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	10/134	Langzeitkontrazeptiva	9/117
Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie	12/172	Limptar N zur Behandlung von Wadenkrämpfen	1-2/9
FAQ zu Heilmitteln	10/135	Mischpreise bei Nutzenbewertungsverfahren	1-2/7
FAQ zu Impfungen	6/89	Praluent® (Alirocumab) wird eingestellt	10/135
FAQ zu Impfungen aktualisiert	3/38	Retinoid-haltige Arzneimittel	6/90
FAQ zu Sprechstundenbedarf	6/89	Schuhe verordnen	1-2/9
		Schutz vor Rückforderungen	12/173
		Spacer für Dosieraerosole: Verordnungsfähigkeit	6/91
		Sprechstundenbedarf - Einlegeblätter	6/89

	Ausgabe/Seite
Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung	3/37
Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung	9/115
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	11/154
Trastuzumab Biosimilar	6/91
Trastuzumab: Erratum	1-2/10
Verordnung einer Ernährungsberatung	9/117
Verordnung von Sehhilfen	11/154
Wiedereingliederungsplan (Muster 20)	3/35

KVBBINFOS

01 | 19
02 | 19

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018
- 4 Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Januar 2018
- 4 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2019
- 5 Berichtspflicht Haus- und Fachärzte
- 6 Projekt „Trittsicher durchs Leben“ beendet

VERORDNUNG

- 7 Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA
- 7 Mischpreise bei Nutzenbewertungsverfahren

- 7 Häusliche Krankenpflege
- 8 Hilfsmittelverzeichnis erklärt
- 8 HPV-Impfung für Mädchen und Jungen
- 8 Doxylamin zur Behandlung bei Kindern
- 9 Limptar N zur Behandlung von Wadenkrämpfen
- 9 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen
- 9 Schuhe verordnen
- 10 Trastuzumab: Erratum

QUALITÄT

- 10 Änderung QSV zur Laserbehandlung des benignen Prostatakarzinoms

IT IN DER PRAXIS

- 11 BayLDA prüft Schutz vor Verschlüsselungstrojanern

ALLGEMEINES

- 11 Zukunftskreis „Meine KVB“: Friendly User gesucht
- 12 FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten
- 12 Aktualisierung ICD-10-GM und OPS-Versionen 2019
- 12 Thesauren und Zi-Kodierhilfen 2019

SEMINARE

- 13 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 14 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 15 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 16 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2018 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Januar 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigelegt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Perso-

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

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Januar 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 429. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) rückwirkend zum 1. Januar 2018 eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) für die Einrichtungsbefragung gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) Verfahren 2 „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Der Zuschlag wird für die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 und 36 EBM aufgenommen, die entsprechend der Spezifikation dokumentationsauflösende Leistungen beinhalten können.

Neu: GOP 01650 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31112, 31114, 31121 bis 31126, 31131 bis 31135, 31142 bis 31146, 31152 bis 31155, 31162 bis 31164, 31202 bis 31205, 31212 bis 31215, 31271 bis 31275, 31284, 31302, 31303, 31312 bis 31314, 36112, 36114, 36121 bis 36126, 36131 bis 36135, 36142 bis 36146, 36152 bis 36155, 36162 bis 36164, 36202 bis 36205, 36212 bis 36215, 36271 bis 36275, 36284, 36302, 36303 und 36312 bis 36314.

EBM Bewertung: 47 Punkte
Preis B€GO: 5,01 Euro
(wird von der KVB zugesetzt)

- berechnungsfähig von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Urologie
- nur bis zu einem Höchstwert von 704 Punkten je Praxis und Quartal berechnungsfähig

Die GOP 01650 wird erstmals in Ihrer Abrechnung für das Quartal

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2019

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Regional – also zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassen in Bayern – wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2019 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 10,8226 Cent vereinbart. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert zum 1. Januar 2019.

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung finden Sie ausschließlich unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM*.

4/2018 automatisch von uns zu gesetzt. Die Quartale 1/2018 bis 3/2018 werden mit dem nächstmöglichen Honorarbescheid nachvergütet.

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

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

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

Berichtspflicht Haus- und Fachärzte

Nach der gesetzlichen Beschreibung in Paragraph 73 Absatz 1b SGB V ist der Hausarzt für die Koordination der Behandlung und für die Dokumentation der ambulanten und stationären Versorgung des Patienten zuständig. Insbesondere hat er die Aufgabe der Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte. Hierfür darf er bei mit- und weiterbehandelnden Kollegen Behandlungsdaten und Befunde erheben. Diese sind dazu verpflichtet, den Patienten nach dem Hausarzt zu fragen und die Behandlungsdaten und Befunde zu übermitteln.

Überweist der Hausarzt einen Patienten, ist er seinerseits verpflichtet, dem Kollegen die erforderlichen Behandlungsdaten mitzuteilen.

In beiden Fällen ist die schriftliche Einwilligung des Patienten Voraussetzung. Muster für solche Einwilligungserklärungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/Buchstabe „D“*.

Hierfür kann der übermittelnde Arzt die GOP 01600 abrechnen, die allerdings bei Abrechnung der Versicherten- oder Grundpauschale dort bereits beinhaltet ist. Zuzüglich können Porto- und Kopierkosten abgerechnet werden.

In den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 des EBM finden sich Regelungen, wonach der Leistungsinhalt einzelner aufgeführter Gebührenordnungspositionen nur dann vollständig erfüllt ist und abgerechnet werden kann, wenn entweder ein Bericht an den Hausarzt erfolgt oder dem Hausarzt eine Befundkopie übermittelt wurde.

Erfolgt die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde nicht, weil der Versicherte trotz Nachfrage keinen Hausarzt angegeben oder die notwendige schriftliche Einwilligung nicht erteilt hat, können die genannten Gebührenordnungspositionen trotzdem abgerechnet werden.

Die Berichtspflicht bei Psychotherapeuten für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist dann erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 beziehungsweise ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die Erstellung und Versendung entweder eines Berichts entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 beziehungsweise eines Briefs entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt oder einer Kopie des an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichts beziehungsweise Briefs an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01602 abzurechnen.

Zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen

Bei Berechnung der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen ist die Übermittlung mindestens einer

Befundkopie an den Hausarzt Abrechnungsvoraussetzung:

01722, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01790, 01791, 01792, 01793, 01830, 01831, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08541, 08570, 08571, 08572, 08573, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30810, 30811 und 30900 sowie der Gebührenordnungsposition der Kapitel 11, 17, 25, 33 und 34.

Wir bitten, die vorgenannte Regelung zu beachten. Sie tragen damit auch zur Förderung der interkollegialen Zusammenarbeit bei.

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

Projekt „Trittsicher durchs Leben“ beendet

Das Pilotvorhaben „Trittsicher durchs Leben“ mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wird zum 31. Dezember 2018 beendet. Somit ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 97050 und 97051 nur bis 31. Dezember 2018 möglich.

GOP	Leistung	Vergütung	Häufigkeit	abrechenbar durch
97050	Beratung zum Versorgungskonzept und Überweisung zur DXA-Untersuchung	15,00 Euro	einmalig	teilnahmeberechtigte Hausärzte
97051	DXA-Untersuchung sowie Erstellung und Übersendung eines ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Untersuchung	45,00 Euro	einmalig	teilnahmeberechtigte Fachärzte

In Bayern wurde das Projekt von der KVB, der SVLFG, dem Deutschen LandFrauenverbund e. V., dem Deutschen Turner-Bund e. V. sowie der Abteilung geriatrische Rehabilitation des Robert-Koch-Krankenhauses Stuttgart umgesetzt.

Weitere Informationen rund um das Projekt finden Sie im Internet unter www.trittsicher.org sowie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „T“/Trittsicher durchs Leben*.

Die endgültigen Ergebnisse werden in der zweiten Jahreshälfte 2019 vorliegen. In einer der kommenden KVB FORUM-Ausgaben werden wir hierüber informieren.

Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA

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

Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- 1xklyasma salinisch – Änderung der Befristung auf 25. Mai 2020
- BD PosiFlush™ SP – Änderung der Befristung auf 28. Juli 2023
- BD PosiFlush™ XS – Änderung der Befristung auf 28. Juli 2023
- Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) – Änderung der Befristung auf 12. September 2019
- PARI NaCl Inhalationslösung – Änderung der Befristung auf 15. August 2022

Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Kombinationstherapie, Aktualisierung

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

Mischpreise bei Nutzen- bewertungsverfahren

Im April und August 2017 wurden Sie von uns über die Entscheidungen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg informiert, wonach die Mischpreisbildung als rechtswidrig erklärt wurde. Das Bundessozialgericht (BSG) kam am 4. Juli 2018 zu einer anderen Entscheidung: Die Mischpreisbildung für Arzneimittel, die in der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses für bestimmte Patientengruppen einen Zusatznutzen zugesprochen bekommen haben, für andere dagegen nicht, ist rechtmäßig.

Mittlerweile liegt das Urteil des BSG und dessen Urteilsbegründung vom 28. Oktober 2018 vor (B3 KR 20/17 R). Details lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell „Nutzenbewertungen: Mischpreise für Arzneimittel rechtmäßig“.

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

Häusliche Krankenpflege

Der Anspruch für Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wurde geregelt. Für Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, können nur die Maßnahmen der Behandlungspflege verordnet werden, die von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erbracht werden müssen und nicht zu den „einfachsten Maßnahmen“ zählen (zum Beispiel Wundversorgung). Zu den einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege gehören Leistungen, die ohne medizinische Vorkenntnisse und Fertigkeiten von Laien erbracht werden können, etwa von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen (zum Beispiel Tablettengabe, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Messen des Blutdrucks/Blutzuckers). Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen müssen die einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege grundsätzlich mit eigenem Personal erbringen. Diese sind somit in der Regel nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Weitere Einzelheiten erfahren Sie in unserem Verordnung Aktuell „Häusliche Krankenpflege: Anspruch für Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe geregelt“ unter www.kvb.de.

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

Hilfsmittelverzeichnis erklärt

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. In unserer neuesten Verordnung Aktuell wird der systematische Aufbau des Hilfsmittelverzeichnisses erklärt.

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

HPV-Impfung für Mädchen und Jungen

Die beiden derzeit verfügbaren HPV-Impfstoffe – Gardasil® 9, Cervarix® – sind für das 2-Dosen-Schema (Impfabstand: fünf bis 13 Monate) zugelassen und damit gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie verordnungsfähig. Bisher galt dies nur für Mädchen, seit 30. November 2018 auch für Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren.

Der HPV-Impfstoff ist auf den Namen der Patienten zu verordnen! Die Impfschritte ändern sich nicht.

Bei Durchführung einer HPV-Impfung wird eine vorangehende HPV-Diagnostik vom Robert Koch-Institut als nicht sinnvoll erachtet. Ein solches Vorgehen wird auch im Rahmen der STIKO-Empfehlungen nicht gefordert. Es ist daher davon auszugehen, dass die Krankenkassen die Kosten dafür nicht übernehmen.

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

Doxylamin zur Behandlung bei Kindern

Seit 1. Januar 2019 wird der Wirkstoff Doxylamin zur Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern bis 18 Jahren der Verschreibungspflicht unterstellt. Derzeit ist nur Sedaplus®-Saft für diese Indikation verfügbar. Bitte beachten Sie bei der Verordnung zusätzlich die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, in der die Verordnungseinschränkungen bei Hypnotika und Sedativa auch für Kinder geregelt sind.

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

Limptar N zur Behandlung von Wadenkrämpfen

Seit 1. April 2015 ist Limptar N als aktuell einziges Chinin-haltiges Arzneimittel verschreibungspflichtig. Zugelassen ist es zur Therapie und Prophylaxe nächtlicher Wadenkrämpfe bei Erwachsenen, wenn diese sehr häufig oder besonders schmerzhaft sind und behandelbare Ursachen der Krämpfe ausgeschlossen wurden und nicht-pharmakologische Maßnahmen die Beschwerden nicht ausreichend lindern können. In der Fachinformation bei den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung ist unter anderem aufgeführt: Patienten mit vorbestehendem QT-Intervall > 450 ms oder QTc-Intervall > 500 ms unter der Therapie mit diesem Arzneimittel sind von der Behandlung auszuschließen.

Im Zusammenhang mit der genannten Zulassung ist Limptar N zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

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

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen

Die Produktgruppe „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“ wurde um Stumpfstrümpfe erweitert. In unserem Verordnung Aktuell „Verordnung von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen“ finden Sie die wichtigsten Informationen.

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

Schuhe verordnen

In Verordnung Aktuell informieren wir Sie über die Verordnungsmodalitäten bei orthopädischen Maßschuhen, Therapieschuhen und Schuhen für Diabetiker. Verordnung Aktuell finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Hilfsmittel*.

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

Trastuzumab: Erratum

Richtigstellung: In den KVB INFOS, Ausgabe 9/2018, Seite 119 ist uns im Beitrag „Trastuzumab – Biosimilars auf dem deutschen Markt“ ein Fehler unterlaufen. Der dritte Absatz dieses Artikels bezieht sich auf die subkutane Anwendung. In unserem Verordnung Aktuell „Die ersten Trastuzumab Biosimilars erreichen den deutschen Markt“ vom 15. Juni 2018 lesen Sie die ausführliche und fehlerfreie Information.

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

Änderung QSV zur Laserbehandlung des benignen Prostatakarzinoms

In die Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Laserbehandlung des benignen Prostatakarzinoms (bPS) wurden zum 1. Januar 2019 – ergänzend zu den bereits bestehenden Verfahren der Holmium-Laserresektion (HoLRP), der Holmium-Laserenukleation (HoLEP) und der Thulium-Laserresektion (TmLRP) – zwei neue Verfahren aufgenommen:

- Thulium-Laserenukleation (TmLEP)
- Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)

Die neuen Verfahren können Fachärzte für Urologie mit Belegarztgenehmigung nach den Gebührenordnungspositionen 36289 und 36290 EBM durchführen und abrechnen, wenn ihnen zuvor eine entsprechende Genehmigung erteilt wurde. Für die Genehmigung sind fachliche, apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen nachzuweisen.

Ärzte, die Leistungen der Thulium-Laserenukleation und/oder der Photoselektiven Vaporisation der Prostata bis zum 31. Dezember 2018 **regelmäßig erbracht** haben (zum Beispiel im Weg der Kostenerstattung), können **bis zum 31. März 2019** einen Antrag auf Genehmigung nach Übergangsregelung unter erleichterten fachlichen Voraussetzungen stellen, siehe Paragraf 10 Absatz 2 und 3 QSV. Nachzuweisen sind im Rahmen der Übergangsregelung insbesondere

- die selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation von 30 Thulium-Laserenukleationen bei bPS beziehungsweise 30 PVP-Laserbehandlungen bei bPS innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung durch entsprechende Zeugnisse oder Dokumentationen,
- für die Thulium-Laserenukleation ein Thulium-Laser mit einer maxi-

malen Leistung von mindestens 70 Watt, für die PVP ein KTP-Laser mit mindestens 80 Watt oder ein LBO-Laser mit mindestens 120/180 Watt mittels einer Gewährleistungserklärung des Herstellers, siehe Paragraf 4 QSV, und

- organisatorisch unter anderem die postoperative Nachbeobachtung des Patienten durch qualifiziertes Personal, die Verfügbarkeit eines intensivmedizinisch qualifizierten Arztes durch einen Anwesenheitsdienst und die Vorhaltung einer im Bedarfsfall erforderlichen intensivmedizinischen Betreuung, gegebenenfalls durch Kooperation mit einer Zielklinik, siehe Paragraf 5 QSV.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antragsformular. Den Antrag auf Genehmigung nach Übergangsregelung – mit integrierter Gewährleistungserklärung – finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „L“/Laserbehandlung bei bPS/Antrag nach Übergangsregelung für TmLEP/PVP*.

Ärzte, die erstmalig die TmLEP, die PVP und/oder die weiteren Verfahren zur Laserbehandlung bei bPS durchführen und abrechnen wollen, können einen (Neu-)Antrag auf Genehmigung stellen. Dieser ist – mit integrierter Gewährleistungserklärung – abrufbar: www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „L“/Laserbehandlung bei bPS/Antrag auf Genehmigung für HoLRP/HoLEP/TmLRP/TmLEP/PVP*.

Weitere Informationen: www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „L“/Laserbehandlung bei bPS*.

BayLDA prüft Schutz vor Verschlüsselungstrojanern

Verschlüsselungstrojaner („Ransomware“) sind auch in Bayern weiterhin aktiv: Durch die Schadsoftware wird der Zugriff auf Daten gesperrt und anschließend Lösegeld gefordert, um die Daten wieder im ursprünglichen Zustand zu erhalten. Meldungen über einen Befall von Arbeitsplatzrechnern erreichen das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) wöchentlich. Im Falle einer Infektion kann sich die Schadsoftware unter Umständen im gesamten Netzwerk der betroffenen Organisation ausbreiten. Ohne Datensicherung (Backups) kann nur in wenigen Fällen eine Wiederherstellung der Daten mühelos erfolgen. Meist haben infizierte Unternehmen dennoch große Probleme, wieder zu einem geregelten Arbeitsalltag zurückzukehren. Aus diesem Grund sind regelmäßige Datensicherungen und die Sensibilisierung der Mitarbeiter wertvolle Vorbeugemaßnahmen.

Betroffen sind nach den eingehenden Meldungen beim BayLDA oft Ärzte und kleinere Betriebe, die sich entweder der Gefährdungslage nicht bewusst waren oder nur über unzureichende Sicherheitsmaßnahmen verfügten. Das BayLDA hat sich deshalb entschieden, Ärzte und Psychotherapeuten zum Umgang mit und zur Prävention von Ransomware-Attacken zu kontrollieren. Ziel dieser Datenschutzprüfung ist es, für ein geeignetes und wirksames Backupverhalten bei Ärzten und Psychotherapeuten zu sorgen, damit Patientendaten vor der realen Gefahr solcher Kryptotrojaner angemessen geschützt werden.

Die Ankündigung der oben genannten Prüfung wurde in einer Pressemitteilung des BayLDA kommuniziert, die im Internet unter https://www.lida.bayern.de/media/pm2018_17_de.pdf zu finden ist.

Die KVB appelliert an alle Ärzte und Psychotherapeuten, sich stets an die Sicherheitsempfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) sowie an die Tipps der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Vermeidung von Angriffen zu halten. Auf der Internetseite der KVB sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis* Links zu diesen Unterlagen eingestellt. Zusätzlich möchten wir an unseren Beitrag „Auf Datensicherheit in der Praxis achten“ erinnern, der in der April-Ausgabe von KVB FORUM 2018 auf Seite 18 erschienen ist (siehe unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/KVB-FORUM/2018/Ausgabe 4/2018*).

Primärer Ansprechpartner für den Themenbereich „IT-Sicherheit in Praxen“ sind IT-Dienstleister beziehungsweise IT-Service-Vertriebspartner.

Zukunftskreis „Meine KVB“: Friendly User gesucht

Sie sind Ärztin/Arzt oder Psychotherapeutin/Psychotherapeut in München oder dem Münchner Umland? Dann ist Ihre Meinung gefragt! Damit wir Sie in Zukunft mit den Anwendungen unseres Mitgliederportals „Meine KVB“ im Praxisalltag noch stärker entlasten können, benötigen wir Ihre Unterstützung!

Gerne möchten wir uns deshalb mit Ihnen zirka viermal im Jahr für zwei bis drei Stunden in der KVB in München oder in Ihrer Praxis zusammensetzen, um die Funktionen in „Meine KVB“ gemeinsam auf ihre Anwenderfreundlichkeit hin zu überprüfen. Ziel ist es, das Portal auf Nutzerfreundlichkeit zu prüfen und Ihre Optimierungsvorschläge einzuholen.

Wenn Sie Interesse haben, für uns als „Friendly User“ tätig zu werden, freuen wir uns über Ihre E-Mail an: Mitgliederportal@kvb.de. Für Ihre Teilnahme bedanken wir uns mit einer Aufwandsentschädigung von 150,- Euro pro Treffen plus Reisekosten.

FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten

Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts FARKOR – „Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom“ – möglich. Alle Leistungen in diesem Projekt werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Durch den Beitritt **weiterer Betriebskrankenkassen** ergibt sich für teilnehmende Ärzte nun die Möglichkeit, mehr Versicherte anzusprechen und im Rahmen des Projekts zu behandeln.

Weitere Informationen zu FARKOR (zur Einschreibung interessierter Ärzte, zur Vergütung etc.) sowie eine Auflistung der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „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

Aktualisierung ICD-10-GM und OPS-Versionen 2019

Bedingt durch die medizinische Entwicklung hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die ICD-10-GM- und OPS-Versionen auf den Stand 2019 aktualisiert und erweitert. Beide Werke sind verbindlich für die Dokumentation und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen und ambulanter Operationen.

Sie finden den ICD-10-GM 2019 unter www.DIMDI.de und den OPS 2019 im Anhang 2 zum EBM.

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

Thesauren und Zi-Kodierhilfen 2019

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat auf seiner Internetseite unter www.zi.de sowohl Haus- als auch Facharztthesauren in den Versionen 2019 zur Verfügung gestellt, die die gebräuchlichsten Diagnoseverschlüsselungen für die einzelnen Fachgebiete wiedergeben. Diese sind auch zum Download bereitgestellt.

Ebenso können beim Zi die Zi-Kodierhilfe und das Zi-Kodiermanual elektronisch nachgeschlagen werden, mit denen Vertragsärzte und -psychotherapeuten den richtigen ICD-10-Schlüssel für jede Erkrankung finden. Die Zi-Kodierhilfe steht ab sofort auch als mobile Anwendung für Smartphones und Tablets zur Verfügung. Mit der App können Ärzte und Psychotherapeuten die ICD-10-GM noch bequemer durchsuchen. Sie enthält fachliche Erläuterungen zu nahezu allen Diagnosekodes.

Nutzer finden die kostenlose und werbefreie App des Zi im Google Play Store (Android) sowie im Apple App Store (iOS) über das Stichwort „Zi-Kodierhilfe“.

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

Gründer-/Abgeberforum

Diese Veranstaltung ist ein Mix aus Vorträgen und Vermittlungsbörse. Während der Vorträge können sich Praxisabgeber und Existenzgründer wichtige rechtliche Grundlagen zur Zulassung, Investitionsplanung und Altersvorsorge aneignen. Auf der Vermittlungsbörse besteht parallel die Möglichkeit, dass sich Praxisabgeber und Interessenten zur Praxisübernahme unverbindlich kennenlernen. Außerdem werden Ihnen die Online-Angebote „Praxis- und Kooperationsbörse der KVB“ vorgestellt.

Zielgruppe

Existenzgründer und Praxisinhaber

Themenschwerpunkte für Niederlassungswillige

- Unternehmen Arztpraxis
- Voraussetzungen und notwendige Schritte für eine Zulassung
- Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Finanzierung der Arztpraxis
- Steuerliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Themen
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Themenschwerpunkte für Praxisabgeber

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Informationen zur Praxisbewertung
- Steuerliche Aspekte aus Sicht des Praxisabgebers
- Die rechtliche Gestaltung der Praxisübergabe
- Stolpersteine bei der Praxisübergabe

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten			
30. März 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB	
6. April 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
6. April 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB	
11. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing/KVB	
18. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB	
29. Juni 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
6. Juli 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB	
9. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg/KVB	
9. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
16. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB	
29. November 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
7. Dezember 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB	
7. Dezember 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB	

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten

Diese Veranstaltung ist ein Mix aus Vorträgen und Vermittlungsbörse. Während der Vorträge können sich Praxisabgeber und Existenzgründer wichtige rechtliche Grundlagen zur Zulassung, Investitionsplanung und Altersvorsorge aneignen. Auf der Vermittlungsbörse besteht parallel die Möglichkeit, dass sich Praxisabgeber und Interessenten zur Praxisübernahme unverbindlich kennenlernen. Außerdem werden Ihnen die Online-Angebote „Praxis- und Kooperationsbörse der KVB“ vorgestellt.

Zielgruppe

Existenzgründer und Praxisinhaber

Themenschwerpunkte für Niederlassungswillige

- Unternehmen Psychotherapeutenpraxis
- Voraussetzungen und notwendige Schritte für eine Zulassung
- Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Finanzierung der Psychotherapeutenpraxis
- Steuerliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Themen
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Themenschwerpunkte für Praxisabgabe

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Informationen zur Praxisbewertung
- Steuerliche Aspekte aus Sicht des Praxisabgebers
- Die rechtliche Gestaltung der Praxisübergabe
- Stolpersteine bei der Praxisübergabe

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten

23. Mai 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
12. Oktober 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Grundlagenwissen KV-Abrechnung

Diese Seminare richten sich sowohl an Praxismitarbeiter, die ihre Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten beendet haben und mit ihrer ersten Festanstellung in

einer Arztpraxis beginnen, als auch an diejenigen, die nach längerer Pause (zum Beispiel Elternzeit) wieder ins Berufsleben zurückkehren wollen.

Das Seminar kann Ihnen Ihren Neustart in den Praxisalltag erleichtern

und Begriffe wie B€GO, EBM oder Gesundheitskarte näherbringen. Außerdem soll es Sie für mögliche Fallstricke sensibilisieren. Unsere erfahrenen Abrechnungsberater erleichtern Ihnen damit den ersten Einstieg in das „Abrechnungsgeschäft“.

Seminardaten			
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen			
26. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
11. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
17. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
2. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
16. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
17. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	

Seminardaten			
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen			
16. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
26. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
27. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
5. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	
10. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	

Seminardaten			
Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen			
23. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB	
28. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB	
25. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB	
16. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB	
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB	

Zielgruppe

- Hausärztliche und kinderärztliche Praxen
- Konservativ tätige fachärztliche Praxen
- Operativ tätige fachärztliche Praxen

Themenschwerpunkte

- Wie lese und verstehe ich die Gebührenordnung?
- Die Internetseite www.kvb.de – Ihr Informationsportal
- Prävention
- Aktuelles, zum Beispiel zur elektronischen Gesundheitskarte

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

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

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

Unsere Servicezeiten

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Einsteiger

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

DMP

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsf Fortbildung

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

Fachseminare

Adipositas – Prävention und Therapie

Fortbildung Impfen

Hautkrebsscreening

Sicherheit beim Hausbesuch und im ÄBD

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Februar 2019 21. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019 20. März 2019 21. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Straubing Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	16. März 2019 20. März 2019 27. März 2019 22. März 2019	10.00 bis 14.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	München Augsburg Straubing Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 26. März 2019 27. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Februar 2019	9.00 bis 15.15 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	22. März 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	45,- Euro	15. März 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	20. März 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	30. März 2019	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Poolärzte	40,- Euro	27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München

Themengebiet

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Hygiene

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

IT & Online

Die Praxis im Internet

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und PT

Niederlassung & Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxismanagement

Beschwerdemanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Du gehst mir auf den Geist – Umgang mit schwierigen Menschen

Erstkraft sein – Rolle und Aufgaben

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Mitarbeitergespräche führen

Sicher bei der Terminvergabe

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum QMB nach DIN ISO 9001

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorenentreffen Qualitätszirkel – Ethische Fragen in der Patientenversorgung

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Verordnungen I – Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	16. März 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	20. März 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. März 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	27. März 2019	16.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. März 2019 22. März 2019	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. März 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Existenzgründer und Praxisabgeber	kostenfrei	30. März 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	29. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	23. März 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	27. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	29. März bis 30. März 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	15. März bis 16. März 2019 29. März bis 30. März 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr 15.00 bis 20.30 Uhr	München Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	13. Februar 2019 20. März 2019	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. März 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 20. März 2019 27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Straubing Nürnberg

KVBIINFOS 03|19

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019
- 24 EBM – Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2019 und rückwirkend zum 1. Oktober 2018
- 32 GKV-Leistung: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen
- 32 PET/CT – weiterer Einsatzbereich wird GKV-Leistung
- 33 Psychotherapie: Zusätzliche Kontingente für Menschen mit geistiger Behinderung
- 33 Ergänzung Berichtspflicht Haus- und Fachärzte

VERORDNUNG

- 34 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 35 Wiedereingliederungsplan (Muster 20)
- 36 Hilfsmittel-Richtlinie
- 36 Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung
- 37 Häusliche Krankenpflege
- 37 Sprechstundenbedarfsvereinbarung
- 37 Erenumab (Aimovig®) – Migräneprophylaxe
- 38 Änderung bei Omega-3-haltigen Präparaten
- 38 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen
- 38 FAQ zu Impfungen aktualisiert

QUALITÄT

- 39 Hautkrebscreening: Änderung in der eDoku
- 39 „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“: Broschüre aktualisiert

ALLGEMEINES

- 40 FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten
- 40 „Gesund schwanger“
- 41 Patientenkartei

SEMINARE

- 42 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 43 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 44 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2019 bis spätestens **Mittwoch, den 10.**

April 2019, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:
Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist

aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits

verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

EBM – Änderungen zum 1. Januar und 1. April 2019 und rückwirkend zum 1. Oktober 2018

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 430., 432. und 433. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar und 1. April 2019 sowie rückwirkend zum 1. Oktober 2018 und der ergänzte Bewertungsausschuss in seiner 31. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2019 Änderungen des EBM beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen zum 1. Januar 2019 wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

EBM-Änderungen rückwirkend zum 1. Oktober 2018

Gebührenordnungspositionen der Hyperbaren Sauerstofftherapie auch von Dermatologen berechnungsfähig

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

In der Ausgabe 11/2018 der KVB-INFOS berichteten wir bereits über die Aufnahme der neuen Gebührenordnungspositionen für die Hyperbare Sauerstofftherapie unter Abschnitt 30.2.2 ab 1. Oktober 2018 in den EBM. Rückwirkend zum 1. Oktober 2018 wurde nun der Abschnitt 30.2.2 in die Präambel 10.1 Nr. 4 aufgenommen, sodass auch Dermatologen bei Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen die Gebührenordnungspositionen des Ab-

schnitts 30.2.2 abrechnen können. Nähere Informationen zu den Gebührenordnungspositionen und Abrechnungsvoraussetzungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM* unter „Weitere Informationen“.

Klarstellung: Sachkostenpauschale für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (GOP 40301) belegärztlich nicht berechnungsfähig

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

In der Präambel 40.1 wird klargestellt, dass bei belegärztlicher Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie die Sachkosten vom Krankenhaus zu tragen sind. Die Sachkosten für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (GOP 40301) sind daher belegärztlich nicht berechnungsfähig.

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2019

Aufnahme des Zweitmeinungsverfahrens in den EBM

Beschluss aus der 31. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 28. Oktober 2018 gemäß Paragraf 27b Absatz 2 SGB V die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren beschlossen, die am 8. Dezember 2018 in Kraft getreten ist. In der Richtlinie sind die Verfahrensregeln festgelegt, nach denen eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden kann. Der Zweitmeinungsanspruch besteht für gesetzlich Versicherte vorerst bei folgenden Eingriffen:

■ Mandeloperation (Tonsillektomie, Tonsillotomie)

Betrifft die Indikationsstellung zur Tonsillektomie/Tonsillotomie bei allen nicht malignen Erkrankungen der Tonsillen

■ Gebärmutterentfernungen (totale oder subtotale Hysterektomien)

Betrifft die Indikationsstellung zu Hysterektomien bei allen nicht malignen Erkrankungen des Uterus

Nähere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren, den Gebührenordnungspositionen, den Abrechnungsvoraussetzungen, der Genehmigungserteilung sowie den Antragsformularen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Buchstabe „Z“* unter „Zweitmeinungsverfahren“.

Kapitel 37 – Aufnahme eines neuen Abschnitts 37.4 für die Versorgungsplanung

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Gesetzgeber sieht eine gesundheitliche Versorgungsplanung für Menschen in der letzten Lebensphase in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vor. Geschulte Berater sollen gemeinsam mit dem Bewohner eine entsprechende Willenserklärung erstellen, um die letzten Wünsche und die medizinisch-pflegerische Versorgung festzuhalten. Im Rahmen dieses Beratungsprozesses kann der behandelnde Arzt eingebunden werden. Hierfür hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2019 eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 37400 – Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach Paragraph 132g Absatz 3 SGB V

EBM-Bewertung 100 Punkte
Preis B€GO 10,82 Euro

- Nur berechnungsfähig bei nachgewiesener Mitbetreuung solcher Patienten, die eine **Versorgungsplanung mit einem entsprechend qualifizierten Berater gemäß der Vereinbarung** nach Paragraph 132g Absatz 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe durchführen (Bestätigung gegenüber der KVB über Sammelerklärung).
- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- auch bei der Teilnahme an einem telefonischen patientenorientierten Beratungsgespräch berechnungsfähig
- In derselben Sitzung nicht berechnungsfähig neben den GOPen für die palliativmedizinische Versorgung (GOP 03371 bis 03373 und 04371 bis 04373), der Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (GOP 37120), den Zuschlägen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit (GOP 37305 und 37306), der telefonischen Beratung im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten (GOP 37318) und der Fallkonferenz (GOP 37320).

Höherbewertung der Osteodensitometrien
Beschluss aus der 430. Sitzung, Teil A des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2019 werden die osteodensitometrischen Untersuchungen im EBM besser vergütet. Die Bewertung der GOPen 34600 und 34601 wird von 161 Punkten (17,15 Euro) auf 268 Punkte (29 Euro) angehoben.

Die Höhe der zusätzlichen Förderung dieser Leistungen, umgesetzt in die Zuschläge 97191L und 97191M (automatisch durch die KVB zugefügt) zu den GOPen 34600 und 34601, wird auf 12 Euro festgesetzt.

Für die osteodensitometrische Untersuchung I nach GOP 34600 plant die KVB eine entsprechende Erhöhung der kalkulatorischen QZV-Fallwerte für die betroffenen Fachgruppen. Die osteodensitometrische Untersuchung II nach GOP 34601 wird weiterhin zu den (nun angehobenen) Preisen der B€GO außerhalb der MGV vergütet.

Änderungen des EBM bei der Tumorgenetik und Humangenetik
Beschluss aus der 432. Sitzung des Bewertungsausschusses

Tumordiagnostik bei Anwendung des Wirkstoffs Osimertinib (Tagrisso®)

Die Anwendung von Osimertinib (Tagrisso®) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom setzt den Nachweis einer bestimmten Mutation im Tumorgewebe voraus. Dieser Nachweis kann laut der Fachinformation bei fehlender Gewebeprobe auch anhand einer Flüssigbiopsie (Untersuchung von freier DNA im Plasma) erfolgen. Diese Untersuchung wird durch die neue GOP 19461 im Abschnitt 19.4.4 abgebildet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Neu: GOP 19461 – Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten EGFR-aktivierenden Mutationen in den Exonen 18 bis 21 unter Verwendung von zirkulierender TumordNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom, wenn diese laut Fachinformation obligat ist

EBM-Bewertung 3.934 Punkte
Preis B€GO 425,76 Euro

- zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Nur berechnungsfähig, wenn ein nicht kleinzelliges Lungenkarzinom histologisch nachgewiesen ist und nicht genügend Tumorgewebe als Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht oder gewonnen werden kann.
- Nur bei Anwendung eines validierten Verfahrens, für das anhand von Vergleichsproben Nachweisgrenzen von ≤ 1 Prozent für aktivierende Mutationen in den Exonen 18 bis 21 im EGFR-Gen belegt werden können.
- Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.
- nicht für das Therapiemonitoring berechnungsfähig

Humangenetische Beurteilungen (GOPen 11235 und 11236) weiter ohne QS-Vereinbarung berechnungsfähig

Nachdem die Frist bereits mehrfach verlängert wurde, verzichtet der Bewertungsausschuss nun endgültig auf die Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung für die kurativen humangenetischen Beurteilungsleistungen nach den GOPen

11235 und 11236. Diese können daher weiterhin ohne eine entsprechende Genehmigung abgerechnet werden.

Stattdessen werden bei beiden GOPen die Anforderungen an die schriftliche Zusammenfassung an den Patienten präzisiert und der fakultative Leistungsinhalt um die konsiliarische Erörterung/fachliche Beratung mit mitbehandelnden Ärzten sowie mit Ärzten mit indikationspezifischer Expertise für den Bereich der Verdachtsdiagnose ergänzt.

Weitere redaktionelle Änderungen

- Die Bestimmung Nr. 5 zur Präambel 19.4 (Arzneimittelangabe) bezieht sich ausschließlich auf die GOPen 19450 bis 19456 und wird deswegen neu als Bestimmung Nr. 2 zur Präambel 19.4.4 Abschnitt 19.4 verortet.
- Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze bei Leistungen der Tumordiagnostik ist seit dem 1. April 2017 in Kraft. Somit entfällt der Hinweis auf das Datum der Inkraftsetzung in den Anmerkungen zu den GOPen 19425, 19453 und 19454.

Neue Gebührenordnungsposition für die Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

In der Ausgabe 9/2018 der KVB-INFOS berichteten wir bereits über die Aufnahme der Extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) zur Behandlung von Fersenschmerzen bei Fasciitis plantaris in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Bewertungsausschuss hat hierfür nun mit Wirkung

zum 1. Januar 2019 eine neue GOP 30440 in den Abschnitt 30.4 in den EBM aufgenommen.

Die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) darf eingesetzt werden bei Patienten, bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze sowie Maßnahmen wie Dehnübungen und Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden.

Neu: GOP 30440 – Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 26 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

EBM-Bewertung	247 Punkte
Preis B€GO	26,73 Euro

- nur von Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnungsfähig
- je Fuß bis zu dreimal im Krankheitsfall, in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig
- Der Patient muss in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung sein, das heißt im Zeitraum der letzten zwei Quartale, die dem aktuellen Abrechnungsquartal vorausgehen, muss pro Quartal mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt wegen derselben gesicherten Erkrankung „Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2)“ stattgefunden haben.

- Der ICD-Code M72.2 ist unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit in die Abrechnung (Feldkennung 6001) einzutragen.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommene GOP 30440 wird extrabudgetär vergütet.

Weitere EBM-Änderungen beziehungsweise inhaltliche Anpassungen zum 1. Januar 2019

Anpassung der Bewertung der Versichertenpauschalen 03000 und 04000

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 12. Dezember 2017 die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege geändert. Diese Änderung der Richtlinie trat zum 5. April 2018 in Kraft und hat zur Folge, dass Vertragsärzte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege jetzt auch Unterstützungspflege verordnen dürfen und zudem der Leistungsanspruch für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen um Kompressionsklasse I erweitert wurde.

Für die Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege ist die GOP 01420 berechnungsfähig, die für Hausärzte zum 1. Januar 2007 in die Versichertenpauschale integriert wurde. Zur Abbildung des Anstiegs der Verordnungen von häuslicher Krankenpflege wird mit Wirkung zum 1. Januar 2019 im hausärztlichen Bereich die Versichertenpauschale in der Altersklasse ab dem 76. Lebensjahr (GOPen 03005 und 04005) um einen Punkt von 210 Punkten

(22,73 Euro) auf 211 Punkte (22,84 Euro) angehoben.

Fragen zur Verordnung beantworten Ihnen gerne unsere Berater unter der Telefonnummer
0 89 / 5 70 93 – 4 00 30.

Kurative Uro-Genital-Sonographie neben Bauchortenaneurysmen-screening ab 1. Januar 2019 berechnungsfähig

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2019 kann bei entsprechender medizinischer Indikation die kurative Uro-Genital-Sonographie nach GOP 33043 auch am gleichen Behandlungstag neben der sonographischen Untersuchung der Bauchorta im Rahmen des Ultraschallscreenings auf Bauchortenaneurysmen (GOP 01748) abgerechnet werden. Der bisherige Abrechnungsausschluss wird aufgehoben.

Wie bereits bei der kurativen abdominalen Sonographie nach GOP 33042 wird jedoch im Falle der Nebeneinanderberechnung der GOP 01748 und der GOP 33043 in derselben Sitzung aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte ein Abschlag von 8 Punkten (0,87 Euro) auf die kurative Uro-Genital-Sonographie nach GOP 33043 vorgenommen.

Samstagsprechstunde ab 1. Januar 2019 auch von Fachärzten für Diagnostische Radiologie und von Fachärzten für Strahlentherapie berechnungsfähig

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2019 kann die Samstagsprechstunde nach GOP

01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr) auch von Fachärzten für diagnostische Radiologie und von Fachärzten für Strahlentherapie abgerechnet werden. Die GOP 01102 wird als für diese Fachgruppen berechnungsfähige Leistung in Nr. 2 der Präambel 24.1 und Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM aufgenommen.

Zusatzpauschale Onkologie nach GOP 07345 – Aufnahme von neuen Diagnosen

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Zusatzpauschale „Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge“ nach GOP 07345 kann ab dem 1. Januar 2019 auch bei bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge C34.-, bösartigen Neubildungen des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C38.- und bei bösartigen Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe C39.- berechnet werden. Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss vom 12. Dezember 2018 in seiner 430. Sitzung die erste Anmerkung zur GOP 07345 geändert und um die ICD-10-Codes C34.-, C38.- und C39.- erweitert.

Kompressionstherapie: Anpassung der ICD-10-GM ab 1. Januar 2019

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Anmerkung zur GOP 30401 (Intermittierende apparative Kompressionstherapie) wurde zum 1. Januar 2019 dahingehend ange-

passt, dass bei den ICD-Codes für das Postthrombotische Syndrom (I87.00, I87.01) und dem ICD-Code für Folgen von Verletzungen der unteren Extremität (T93.0, T93.1, T93.2, T93.3, T93.4, T93.5, T93.6, T93.8 und T93.9) die Subklassifikationen aufgenommen wurden.

Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung nach GOP 04433 – Aufnahme einer neuen Diagnose

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung bei fortgesetzter Betreuung kann ab dem 1. Januar 2019 auch bei der Diagnose G90.60 „Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II“ berechnet werden.

Notfalldatensatz neben PFG für Schwerpunktinternisten berechnungsfähig

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Gemäß Anhang 3 des EBM sind die GOPen 01640 bis 01642 für das Anlegen beziehungsweise Löschen eines Notfalldatensatzes Bestandteil der fachärztlichen Grundversorgung. Die Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung gemäß den GOPen 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 werden zukünftig auch in Behandlungsfällen zugefügt, in denen die GOPen 01640 bis 01642 berechnet* wurden.

***Wichtiger Hinweis:** Die Leistungen nach den GOPen 01640 bis 01642 können erst dann abgerechnet werden, wenn die Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen

sind und über bestimmte notwendige Komponenten und Dienste für das NFDM verfügen. Dafür ist zunächst jedoch die Industrie gefragt: Die Hersteller müssen die notwendige Technik für das NFDM entwickeln, testen und den Praxen zur Verfügung stellen. Sobald die Abrechnung möglich ist, werden wir alle Mitglieder entsprechend informieren.

Redaktionelle Änderung bei GOP 16340

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Redaktionell wurde der Bedarfsfall in Behandlungsfall geändert.

Anpassung des fakultativen Leistungsinhalts des Medikationsplans

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die elektronische Speicherung und Übertragung auf die elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist mit den bestehenden Gebührenordnungspositionen für die Erstellung des Medikationsplans abgegolten (fakultativer Leistungsinhalt). Technisch ist dies zwar noch nicht umsetzbar, der Bewertungsausschuss hat aber bereits die nötigen Anpassungen im EBM beschlossen.

Höhere Bewertung der Betreuung und Leitung der Geburt nach GOP 08411

Beschluss aus der 433. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat auf die gestiegenen Haftpflichtprämien in der Geburtshilfe reagiert und eine höhere Vergütung für ambulante und belegärztliche Geburten nach GOP 08411 beschlossen. Die ambulante Geburt ist jetzt mit 2.787 Punkten (301,63 Euro) bewertet.

Wie bisher wird die belegärztliche Geburt höher vergütet und zukünftig mit 3.308 Punkten (358,- Euro) bewertet.

Anhang 3 EBM

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses beziehungsweise der 31. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01645 und 30440 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 01645 und 30440 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

EBM-Änderungen zum 1. April 2019

Humangenetik

Beschluss aus der 432. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 432. Sitzung die humangenetischen Beurteilungsleistungen der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und der Reproduktionsmedizin neu gefasst. Die bisher gültigen humangenetischen Beurteilungsleistungen nach den GOPen 01790 bis 01792, 01835 bis 01837 und 08570 bis 08574 werden gestrichen und in Struktur und Vergütungssystematik an die kurativen Beurteilungsleistungen angepasst.

Die neuen Gebührenordnungspositionen sind von allen Vertragsärzten berechnungsfähig, die aus Kapitel 11 abrechnen dürfen (Fachärzte für Humangenetik und Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik).

Neue Gebührenordnungspositionen der Mutterschaftsvorsorge in Abschnitt 1.7.4 EBM

Neu: GOP 01794 – Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos von bis zu 20 Minuten Dauer gemäß Abschnitt A. 3. der Mutterschafts-Richtlinien

EBM-Bewertung	703 Punkte
Preis B€GO	76,08 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- einmal je Schwangerschaft, aber höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im gleichen Behandlungsfall neben den Beurteilungsleistungen im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01841) und der künstlichen Befruchtung (GOP 08575) sowie neben den Arztbriefen (GOPen 01600 und 01601) nicht berechnungsfähig
- im gleichen Krankheitsfall neben den kurativen Beurteilungsleistungen (GOPen 11230 und 11233) nicht berechnungsfähig

Neu: GOP 01795 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794, je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit

EBM-Bewertung	703 Punkte
Preis B€GO	76,08 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die ausführliche humangenetische Beurteilung nach GOP 01794 abgerechnet wurde
- Bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei einer er-

neuten Schwangerschaft im gleichen Krankheitsfall nochmals bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

- im selben Krankheitsfall neben der GOP 01796 nicht berechnungsfähig

Neu: GOP 01796 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines Befundes aus einer weiterführenden sonographischen Diagnostik, aus einer Untersuchung von Nabelschnurblut, Fruchtwasser und/oder Chorionzotten- oder Plazentagewebe hinweisend auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus, je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit

EBM-Bewertung 1.030 Punkte
Preis B€GO 111,47 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- nur berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die ausführliche humangenetische Beurteilung nach GOP 01794 abgerechnet wurde
- Bis zu neunmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei einer erneuten Schwangerschaft im gleichen Krankheitsfall nochmals bis zu neunmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- im selben Krankheitsfall nicht neben der GOP 01795 berechnungsfähig

Neue Gebührenordnungspositionen der Empfängnisregelung in Abschnitt 1.7.5 EBM

Neu: GOP 01841 – Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen

und/oder teratogenen Risikos gemäß B.4. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit

EBM-Bewertung 553 Punkte
Preis B€GO 59,85 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- bis zu sechsmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- im Fall der Beratung gemäß der Richtlinie nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig
- im gleichen Behandlungsfall nicht neben den Beurteilungsleistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (GOP 01794) und der künstlichen Befruchtung (GOP 08575) und neben den Arztbriefen (GOPen 01600 und 01601) berechnungsfähig
- im gleichen Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben den humangenetischen Beurteilungsleistungen nach den GOPen 11230 und 11233

Neu: GOP 01842 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11506 und 11508 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung **im Zusammenhang mit einer in-vitro-Diagnostik zur Untersuchung eines möglichen genetischen Risikos** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch

EBM-Bewertung 927 Punkte
Preis B€GO 100,33 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

- Nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Krankheitsfall die Grundleistung nach GOP 11502, 11503, 11506 oder 11508 abgerechnet wurde. Bei einer Abrechnung der GOP 01842 sind die Gebührenordnungspositionen 11502, 11503, 11506 und 11508 als Leistungen der Empfängnisregelung mit dem Buchstaben U (zum Beispiel 11502U) zu kennzeichnen.
- arztbezogene Abstufelung (LANR): Vergütung ab der 1.301. Leistung im Quartal mit 742 Punkten (80,30 Euro)
- im gleichen Behandlungsfall neben dem gleichlautenden Zuschlag bei der künstlichen Befruchtung (GOP 08576) nicht berechnungsfähig
- im gleichen Krankheitsfall neben den Arztbriefen (GOPen 01600 und 01601) nicht berechnungsfähig

Neue Gebührenordnungspositionen der Reproduktionsmedizin in Abschnitt 8.5 EBM

Neu: GOP 08575 – Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinie über künstliche Befruchtung **bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko**, je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit

EBM-Bewertung 553 Punkte
Preis B€GO 59,85 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- Die Gebührenordnungsposition 08575 ist als Leistung der künstlichen Befruchtung mit dem Buchstaben „Q“ in der Feldkennung 5023 zu kennzeichnen.*

- bis zu sechsmal im Reproduktionsfall berechnungsfähig
- im Fall der Beratung gemäß der Richtlinie nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig
- im gleichen Behandlungsfall neben Beurteilungsleistungen im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01841) und der Mutterchaftsvorsorge (GOP 01794) und neben den kurativen Beurteilungsleistungen (GOP 11230 und 11233) nicht berechnungsfähig

Neu: GOP 08576 – Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11351, 11352, 11502, 11503, 11506 und 11508 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinie über künstliche Befruchtung

EBM-Bewertung 927 Punkte
Preis B€GO 100,33 Euro

- einmal im Reproduktionsfall berechnungsfähig
- Nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Krankheitsfall die Grundleistung nach GOP 11351, 11352, 11502, 11503, 11506 oder 11508 abgerechnet wurde.
- Die Gebührenordnungspositionen 08576, 11351, 11352, 11502, 11503, 11506 und/oder 11508 sind als Leistungen der künstlichen Befruchtung mit dem Buchstaben „Q“ in der Feldkennung 5023 zu kennzeichnen.*
- Arztbezogene Abstufelung (LANR): Vergütung ab der 1.301. Leistung im Quartal mit 742 Punkten (80,30 Euro).
- im gleichen Behandlungsfall nicht neben der/den pränatalen zytogenetischen Untersuchung(en) nach der GOP 01793 und neben dem Zuschlag für die Gemein-

kosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung nach GOP 01842 berechnungsfähig

****Hinweis zur Kennzeichnungspflicht von im Zusammenhang mit der künstliche Befruchtung erbrachten Leistungen:** Die mit dem Buchstaben „Q“ in der Feldkennung 5023 zu kennzeichnenden Leistungen der künstlichen Befruchtung werden zu 50 Prozent von den Krankenkassen übernommen. Die verbleibenden 50 Prozent der Kosten muss der Patient selbst bezahlen.*

Anpassungen im Bereich des Kapitels 11 (Humangenetik) EBM

Anpassung des Höchstwerts für GOP 11234

Bei der Überprüfung der Auswirkungen des Beschlusses zur Einführung von zeitgetakteten humangenetischen Beurteilungsleistungen wurde festgestellt, dass diese Begrenzung medizinisch nicht sachgerecht ist. Der Höchstwert der GOP 11234 (Zuschlag zu GOP 11233 „Ausführliche humangenetische

Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer“) wird daher von drei- auf fünfmal im Krankheitsfall erhöht.

V-Kennzeichnung pränatale Diagnostik und Anpassung der Höchstwertregelung bei mehreren Föten

Die notwendige Kennzeichnung im Falle der vorgeburtlichen Diagnostik wird auf alle Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 ausgeweitet. Das heißt, dass die Gebührenordnungspositionen 11351 bis 11449 und 11501 bis 11518 für die Untersuchung des Fötus immer zu kennzeichnen sind. Die Anzahlbedingungen und Höchstwertregelungen werden dahingehend angepasst, dass diese für den einzelnen Fötus, bei Mehrlingsschwangerschaften je Fötus und für die Schwangere gesondert gelten.

Abhängig von der vorliegenden Gravität sind die Gebührenordnungspositionen der Abschnitt 11.4.2 und 11.4.3 wie in der Tabelle zu kennzeichnen:

Untersuchung von	Buchstaben-Kennzeichnung der GOP	Abrechnungsbeispiel GOP 11351 „Cystische Fibrose – gezielte Untersuchung auf die häufigsten Mutationen im CFTR-Gen“
Mutter (kurativ)	keine	GOP 11351
Einlingschwangerschaft	„V“	GOP 11351V
Zwillingschwangerschaft	„Z“	2 x GOP 11351Z (einmal je Fötus)
Drillingschwangerschaft	„D“	3 x GOP 11351D (einmal je Fötus)

Redaktionelle Folgeanpassungen

Im Zuge der Streichung und Neuaufnahme der entsprechenden Leistungen haben sich weitere Änderungen in den Präambeln und Bestimmungen des EBM ergeben:

- Änderung Allgemeine Bestimmungen 2.1.4 (mindestens eine Befundkopie an den Hausarzt).
- Änderung Leistungsinhalt GOP 01602 für die Mehrfertigung (zum Beispiel Kopie) eines Berichts oder Briefs.
- Anpassung Präambel 8.5 Nr. 8 und 9 (Reproduktionsmedizin: Leistungspflicht der Krankenkassen).

Labor

Beschluss aus der 433. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 433. Sitzung vom 22. Januar 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Bereich Labor mit Wirkung zum 1. April 2019 beschlossen.

Untersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa

Unter einer Enzymersatztherapie mit Velmanase alfa können sich spezifische Antikörper entwickeln und eine schwere Immunreaktion auslösen oder die therapeutische Wirkung ausbleiben. Die Fachinformation sieht in diesen Fällen eine Untersuchung auf Antikörper gegen Velmanase alfa vor. Diese Untersuchung wird durch die neue GOP 32480 im EBM abgebildet.

Neu: GOP 32480 – Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern gemäß Fachinformation eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff Velmanase alfa, je Untersuchung

EBM-Bewertung 18,65 Euro

Vorbehandlung von Test- und Spendererythrozyten mit Dithiothreitol (DTT)

Die Therapie mit Daratumumab (Darzalex®) verursacht Interferenzen bei Blutkompatibilitätstests, die in der transfusionsmedizinischen Versorgung eine aufwendige Vorbehandlung von Test- beziehungsweise Spendererythrozyten erfordern. Dafür wird eine neue Leistung nach GOP 32557 in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 32557 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32545 oder 32556 für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) zur Vermeidung von Interferenzen durch Daratumumab, je Untersuchung

EBM-Bewertung 19,20 Euro

- Nur berechnungsfähig, wenn am selben Behandlungstag der Antikörpersuchtest nach GOP 32545 oder die Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) nach GOP 32556 abgerechnet wurde.
- viermal am Behandlungstag berechnungsfähig

Anhang 3 EBM

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses beziehungsweise der 31. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 01794, 01795, 01796, 01841, 01842, 08575 und 08576 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOPen 01794, 01795, 01796, 01841, 01842, 08575 und 08576 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen. Ebenso werden die GOPen 32480 und 32557 nicht

der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der PFG.

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme, Änderung und Löschung von OPS-Codes

Beschluss aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses

Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 ist der Operationenschlüssel Version 2019 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2019 neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestrichenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse unter dem Beschluss aus der 430. Sitzung.

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

GKV-Leistung: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen

Bei Patienten mit vergrößerten Gaumenmandeln (Hyperplasie der Tonsillen) kann künftig auch ambulant vertragsärztlich eine operative Teilentfernung der Mandeln (Tonsillotomie) durchgeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. September 2018 beschlossen, dass diese Behandlungsmethode Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird. Der Beschluss ist am 14. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Voraussetzung der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen

Die Tonsillotomie darf nur bei Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr durchgeführt werden, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beeinträchtigung bewirkt und eine konservative Behandlung nicht ausreicht. Sie darf ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde durchgeführt werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren verfügen. Im Anschluss muss eine ausreichend lange Überwachung sichergestellt sein.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die Tonsillotomie kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im EBM aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

PET/CT – weiterer Einsatzbereich wird GKV-Leistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. Oktober 2018 beschlossen, dass das PET/CT bei Patienten mit einem neu diagnostizierten Hodgkin-Lymphom zukünftig auch im Rahmen des initialen Stagings durchgeführt werden kann. Dadurch kann in vielen Fällen auf die Durchführung einer Knochenmarkspunktion verzichtet werden. Der Beschluss trat am 17. Januar 2019 in Kraft.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Der oben genannte Einsatzbereich kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im 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 den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Psychotherapie: Zusätzliche Kontingente für Menschen mit geistiger Behinderung

Für die Behandlung von Patienten mit Intelligenzminderungen stehen zukünftig für die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorische Sitzung und Rezidivprophylaxe weitere Kontingente zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. Oktober 2018 eine entsprechende Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Der Beschluss ist am 21. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Da bei dieser Patientengruppe besondere fachliche, organisatorische und zeitliche Anforderungen an die Diagnostik und Psychotherapie bestehen, wird nun die Möglichkeit geschaffen, Bezugspersonen (und das soziale Umfeld) in die Therapie einzubeziehen, ohne dass dies auf das Kontingent für den Patienten angerechnet wird.

Anspruch auf die erweiterten Behandlungsmöglichkeiten haben laut Beschluss Menschen, bei denen eine ICD-10-Diagnose „Intelligenzstörung“ (F70-F79) vorliegt. Dies sind insbesondere leichte bis schwerste Intelligenzminderungen.

Übersicht der neuen Kontingente

- **Psychotherapeutische Sprechstunde:**
bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten) möglich (bisher: bis zu sechs Sprechstunden/bis zu 150 Minuten)
- **Probatorische Sitzungen:**
bis zu sechs probatorische Sitzungen in Einheiten à 50 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 300 Minuten) möglich (bisher: insgesamt bis zu vier Sitzungen)

■ Rezidivprophylaxe:

Im Falle der Hinzuziehung von relevanten Bezugspersonen können bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden (bisher: maximal acht beziehungsweise 16 Stunden).

Abrechnung erst nach Anpassung der Leistungen im EBM möglich

Nach Inkrafttreten des Beschlusses hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, um über die Vergütung zu verhandeln. Erst wenn darüber entschieden ist, können Sie die erweiterten Leistungs- und Behandlungskontingente erbringen und abrechnen.

Zudem muss auch die Psychotherapie-Vereinbarung im Hinblick auf den Einbezug von Bezugspersonen im Rahmen der Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie angepasst werden.

Sobald die Änderungen im EBM beschlossen wurden, werden wir Sie informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Psychotherapie-Richtlinie unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv/Richtlinien.

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

Ergänzung Berichtspflicht Haus- und Fachärzte

In den KVB INFOS 1-2/2019 hatten wir über die Berichtspflicht der Haus- und Fachärzte informiert und auf die gesetzliche Formulierung in Paragraph 73 Absatz 1b SGB V hingewiesen, wonach hierzu eine schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Wir möchten ergänzen, dass eine schriftliche Einwilligung dann nicht erforderlich ist, wenn die Behandlung mittels einer Überweisung veranlasst wird. In diesem Fall gilt die Einwilligung durch Nutzung des Überweisungsscheins als konkludent erteilt.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Anlage I, OTC-Übersicht

- Aufnahme der Glukokortikoid-haltigen Nasensprays in die OTC-Übersicht
Seit 1. Oktober 2016 sind neben Beclomethason auch Mometason- und Fluticason-haltige Nasensprays in einer Tagesdosis von 200 µg (Mometasonfumarat beziehungsweise Fluticasonpropionat) zur intranasalen Anwendung zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis, nach Erstdiagnose durch einen Arzt, ohne ärztliche Verordnung in der Apotheke erhältlich.

Da Glukokortikoid-haltige Nasensprays den Therapiestandard bei der Behandlung der persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik darstellen, beschloss der G-BA eine Ergänzung der Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie. In unserem „Verordnung aktuell“ vom 9. November 2018 finden Sie ausführliche Informationen.

Anlage II, Lifestyle-Arzneimittel

- Abmagerungsmittel (zentral wirkend) werden ergänzt mit: Fucus vesiculosus (Fucus-Gastreu® S R59, Gracia®, Redumax®) und Calotropis gigantea (madar) (Cefamadar®)
- Sexuelle Dysfunktion: der Wirkstoff Tadalafil wird ergänzt um die Information „alle generischen Tadalafil-Fertigarzneimittel“.
- Verbesserung des Haarwuchses wird ergänzt um: H 02 AB 01 Betamethasonacetat (gilt für das

Anwendungsgebiet Alopecia areata) (Celestan, alle generischen Betamethasonacetat Fertigarzneimittel und H 02 AB 08 Triamcinolon (Triamcinolonacetamid, Triamcinolonhexacetamid) (gilt für das Anwendungsgebiet Alopecia areata) (Volon, Lederlon, alle generischen Triamcinolon Fertigarzneimittel)

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- 1xklysmo salinisch – Änderung der Befristung auf 25. Mai 2020
- BD PosiFlush™ SP – Änderung der Befristung auf 28. Januar 2023
- BD PosiFlush™ XS – Änderung der Befristung auf 28. Januar 2023
- Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) – Änderung der Befristung auf 12. September 2019
- PARI NaCl Inhalationslösung – Änderung der Befristung auf 12. November 2023

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Kombinations-therapie

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung: Im Quartal 4/2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Asfotase alfa – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Bictegravir/Emtricitabin/Tenofovirafenamid – Anwendungsgebiet: HIV
- Bosutinib – Anwendungsgebiet: neu diagnostizierte chronische myeloische Leukämie in der chronischen Phase
- Burosumab – Anwendungsgebiet: Behandlung von Kindern ab 1 Jahr und Jugendlichen in der Skelett-

wachstumsphase mit X-chromosomaler Hypophosphatämie (XLH) und röntgenologischem Nachweis einer Knochenkrankung

- Cabozantinib – Anwendungsgebiet: Erstlinienbehandlung Nierenzellkarzinom
- Cariprazin – Anwendungsgebiet: Schizophrenie
- Darvadstrocel – Anwendungsgebiet: Morbus Crohn
- Dolutegravir/Rilpivirin – Anwendungsgebiet: HIV
- Ertugliflozin/Sitagliptin – Anwendungsgebiet: Diabetes mellitus Typ-2
- Extrakt aus Cannabis Sativa – Neubewertung nach Fristablauf
- Hydrocortison – Anwendungsgebiet: Ersatztherapie bei Nebenniereninsuffizienz bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen (ab der Geburt bis unter 18 Jahre)
- Ipilimumab – Anwendungsgebiet: fortgeschrittene Melanome bei Erwachsenen; in Kombination mit Nivolumab
- Mepolizumab – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Melanom; in Kombination mit Ipilimumab; Neubewertung nach Fristablauf
- Olaparib – Anwendungsgebiet: Platin-sensitives Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms – erneute Bewertung nach Aufhebung des Orphan-Drug-Status
- Pertuzumab – Anwendungsgebiet: Brustkrebs, adjuvante Behandlung
- Radium-223-dichlorid – Änderung des Anwendungsgebiets
- Reslizumab – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer

Wiedereingliederungsplan (Muster 20)

- Rurioctocog alfa pegol – Anwendungsgebiet: Hämophilie A (kongenitalem Faktor-VIII-Mangel)
- Sebelipase alfa – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Tofacitinib – Neubewertung nach Fristablauf
- Velmanase alfa – Anwendungsgebiet: Alpha-Mannosidose

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

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

Sowohl die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) können Träger einer stufenweisen Wiedereingliederung sein. In der Vergangenheit bestanden zwischen GKV und DRV unterschiedliche Anforderungen an die ärztliche Bescheinigung. Kam die DRV als Trägerin einer stufenweisen Wiedereingliederung in Betracht, hat häufig die ärztliche Einschätzung auf Muster 20 nicht ausgereicht, und es wurden weitere Begründungen bei Ihnen angefordert.

Die Partner des Bundesmantelvertrags haben sich deshalb darauf verständigt, das Formular für die ärztliche Bescheinigung einer stufenweisen Wiedereingliederung (Muster 20) anzupassen. **Das Formular wurde zum Stichtag 1. Januar 2019 geändert.**

Mit der Anpassung werden die formalen Voraussetzungen geschaffen, damit das Muster 20 auch von der DRV als Antrag auf eine stufenweise Wiedereingliederung akzeptiert wird. Damit verbunden ist eine Entlastung für die verordnenden Ärzte, denn die DRV wird künftig darauf verzichten, weitere Begründungen für die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung anzufordern. Diese wurden bisher immer dann verlangt, wenn die Einschätzung des verordnenden Arztes von der ersten Einschätzung des Arztes der Rehabilitationseinrichtung abwich.

Ferner ist es nicht mehr notwendig, dass verordnende Ärzte künftig eine zusätzliche Einschätzung zum Zeitpunkt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit angeben. Denn der auf dem Wiedereingliederungsplan prognostizierte letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung ent-

spricht in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Zukünftig ist auf dem Muster 20 klargestellt, dass die Beurteilung des Arztes „nach aktueller Betrachtung“ erfolgt.

Stichtag 1. Januar 2019 beachten

Wichtig ist, dass diese Änderung mit einer Stichtagsregelung verbunden ist: Das neugestaltete Muster 20 wird zum 1. Januar 2019 eingeführt. Das heißt, ab diesem Zeitpunkt dürfen **die alten Formulare nicht mehr benutzt werden**. Das neue Formular Muster 20 wurde den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

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

Hilfsmittel-Richtlinie

Weil sich die Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie hinsichtlich der Angaben auf dem Hilfsmittel-Rezept geändert haben, wurden verschiedene darauf Bezug nehmende Ausgaben von „Verordnung aktuell“ angepasst.

Neu ist die folgende Formulierung in Paragraf 7

- erforderlichenfalls Hinweise (zum Beispiel über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten und
- erforderlichenfalls ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe entsprechend der Gesamtbeurteilung nach Paragraf 6 Absatz 3 Satz 2 HilfsM-RL anzugeben. Gegebenenfalls sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

Werden Menschen mit mehrfachen Behinderungen mit Hilfsmitteln versorgt, besteht die Gefahr, dass das Hilfsmittel zwar grundsätzlich geeignet wäre, um einzelne spezifische Funktionsdefizite auszugleichen, dies aber nicht gelingt, weil zum Beispiel Handhabungsprobleme aufgrund einer weiteren Behinderung bestehen. In diesen Fällen ist es erforderlich, dass die Funktionalität des Hilfsmittels den individuellen Bedürfnissen des Patienten entspricht.

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

Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung

Seit 1. Januar 2019 brauchen Pflegebedürftige, deren Pflegebescheid Pflegegrad 4 oder 5 ausweist, sowie Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3, wenn bei ihnen eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt, die auf Muster 4 ärztlich verordneten Krankenfahrten mit Taxi oder Mietwagen nicht mehr ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen, da die Genehmigung als erteilt gilt (Genehmigungsfiktion).

Die Erleichterung gilt auch bei Verordnungen für Schwerbehinderte, deren Schwerbehindertenausweis eines der folgenden Merkzeichen enthält: „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ für Blindheit oder „H“ für Hilflosigkeit.

Bitte achten Sie auf das gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebot, auch wenn die Genehmigungspflicht für die verordnete Krankenfahrt eines Patienten mit Pflegegrad 3, 4 und 5 oder eines Patienten mit Schwerbehinderung (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“) ab 1. Januar entfällt. Laut Gesetz müssen die ärztlichen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vergleiche Paragraf 12 SGB V).

Am 8. Januar 2019 wurde das „Verordnung aktuell“ mit dem Titel „Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad und/oder Schwerbehinderung“ veröffentlicht. Durch diese Gesetzesänderung war auch eine Anpassung unserer **Ausfüllhilfe für das Muster 4**, die FAQ zur Krankenförderung und die Krankentransport-Information für Psychotherapeuten notwendig geworden. Das Verordnungsmuster 4 (Verordnung

von Krankenförderung) wird zum 1. April 2019 angepasst, was wieder eine Aktualisierung der Ausfüllhilfe zur Folge haben wird.

Bis dahin müssen die bisherigen Formulare verwendet werden. Vom Kohlhammer-Verlag erhalten alle Praxen, die dort in den letzten drei Jahren Muster 4 bezogen haben, bis Ende März 2019 ein Erstaussstattungspaket.

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

Häusliche Krankenpflege

Anspruch für Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit seinem Beschluss deutlich gemacht, dass auch Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Fachkraft erfordert (siehe Paragraph 37 Absatz 2 SGB V). Dies betrifft zum Beispiel Beatmungspatienten und gilt auch dann, wenn dieser besonders hohe Bedarf nur vorübergehend, also beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, besteht.

In unserem „Verordnung aktuell“ mit dem Titel „Häusliche Krankenpflege: Anspruch für Patienten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe geregelt“ vom 8. Februar 2019 informieren wir über die Verordnungsmodalitäten.

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

Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSB-V), die zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in einem „Verordnung aktuell“ zusammengestellt.

In den Rubriken „Arzneimittel“ (Antiallergika/Antihistaminika, Glaukummittel, Medizinische Gase), „Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf“ (Fluorescein-Papier), „Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme“ (Infusionsfilter/Injektionsfilter) und „Verband-, Kompressions- und OP-Material“ (Wundauflagen) gab es Änderungen beziehungsweise Ergänzungen.

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

Erenumab (Aimovig®) – Migräneprophylaxe

Seit 1. November 2018 steht mit Erenumab (Aimovig®) von Novartis der „first in class“ Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Rezeptor-Antikörper zur Verfügung. Im Juli 2018 hatte die EMA diesen Antikörper nach beschleunigter Beurteilung zugelassen. In unserer neuesten Ausgabe „Arzneimittel im Blickpunkt“ vom 4. Januar 2019 beleuchten wir die aktuelle Studienlage.

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

Änderung bei Omega-3-haltigen Präparaten

Omega-3-haltige Präparate wie Omacor®, Zodin® und deren Generika sind zugelassen zur Sekundärprophylaxe nach Herzinfarkt in Kombination mit anderer Standardmedikation sowie zur Behandlung bestimmter Hypertriglyceridämien zusätzlich zu einer Diät.

Die europäische Zulassungsbehörde EMA hat nun Daten aus den letzten Jahren ausgewertet und kam zu dem Schluss, dass Omega-3-haltige Präparate in der Sekundärprävention keine ausreichende Effektivität zeigen.

Obwohl es keine Sicherheitsbedenken gibt, fällt die Nutzen-Risiko-Bewertung aufgrund des fehlenden Nutzens somit negativ aus. Daher wird die Zulassung in dieser Indikation nun zurückgezogen. Zur Behandlung der Hypertriglyceridämien sind die Arzneimittel weiterhin zugelassen.

Bitte stellen Sie Ihre Patienten, die Omega-3-haltige Präparate zur Sekundärprophylaxe nach einem Herzinfarkt einnehmen, auf andere Therapiealternativen ein.

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

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen

Die Produktgruppe „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“ wurde um Stumpfstrümpfe erweitert. In unserem „Verordnung aktuell“ mit dem Titel „Verordnung von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen“ vom 3. Dezember 2018 finden Sie die wichtigsten Informationen.

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 Impfungen aktualisiert

Unsere FAQ haben wir um Informationen zur Hepatitis-A und Hepatitis-B-Impfung sowie zur HPV-Impfung ergänzt.

Die entsprechende Ausgabe von „Verordnung aktuell“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* unter „Allgemeine Informationen“.

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

Hautkrebsscreening: Änderung in der eDoku

Zum 1. Januar 2019 wurde die elektronische Dokumentation zum Hautkrebsscreening angepasst.

Dokumentierende Hausärzte und Dermatologen können nun Verdachtsdiagnosen und Diagnosen differenzierter angeben. Außerdem muss in der Dokumentation angegeben werden, ob eine Überweisung an einen Dermatologen erfolgte beziehungsweise der Patient auf Überweisung eines Hausarztes kommt.

Durch die Anpassungen sollen unter anderem die Ergebnisse der nach der Krebsfrüherkennungsrichtlinie geforderten regelmäßigen Evaluation besser dargestellt werden können.

Die angepasste elektronische Dokumentation zum Hautkrebsscreening steht Ihnen seit dem 1. Januar 2019 im Mitgliederportal der KVB zur Verfügung. Die Ausfüllanleitung wurde entsprechend aktualisiert.

Sollten Sie die Dokumentationen über Ihre Praxisverwaltungssoftware erstellen, wenden Sie sich bei Fragen zur eDoku bitte an Ihren Softwarehersteller.

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

„Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“: Broschüre aktualisiert

Zum Jahresanfang ist die Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ des Kompetenzzentrums (CoC) Hygiene und Medizinprodukte in einer überarbeiteten Fassung erschienen. Der erstmals im Jahr 2014 veröffentlichte Hygieneleitfaden hat sich als kompaktes Unterstützungs- und Nachschlagewerk bundesweit in Arztpraxen etabliert und ist weit über diesen Kreis hinaus auf breites Interesse gestoßen.

Der medizinische Fortschritt und Änderungen der Rechtsgrundlagen haben die Überarbeitung des Leitfadens notwendig gemacht. Die bewährte Struktur der Kapitel ist gleich geblieben: Der Schwerpunkt des Leitfadens liegt auf dem Hygienemanagement der Arztpraxis und damit auf allgemeinen Hygienethemen wie Personal- und Umgebungshygiene oder auf Spezialthemen, die in der Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten von Bedeutung sind. In zwei weiteren Kapiteln werden die wichtigsten Rechtsgrundlagen zu den Themen Hygiene, Medizinprodukte und Arbeitsschutz aufgeführt, die sich daraus ableitenden Pflichten dargestellt und entsprechende praktische Umsetzungsempfehlungen gegeben. Die beiden letzten Kapitel widmen sich den Medizinprodukten. Es werden Aufgaben und Pflichten aufgezeigt, die jede medizinische Einrichtung für einen sicheren Umgang mit Medizinprodukten erfüllen muss. Das weitere Kapitel richtet sich an die Einrichtungen, die Medizinprodukte aufbereiten.

Die zweite Auflage des Hygieneleitfadens hält aber auch neue Themen für alle Interessierten bereit: Die Vielfalt von Mikroorganismen, mit denen Einrichtungen des Gesund-

heitswesens mittlerweile konfrontiert sind, erfordert darauf ausgerichtete Hygienemaßnahmen. Deshalb wurde beispielsweise der Themenbereich Mikroorganismen und angepasste Desinfektionsmittel aufgenommen.

Für die Aufbereitung von Medizinprodukten spielt die Validierung eine zentrale Rolle. Die neue Auflage des Hygieneleitfadens greift auch dieses komplexe Thema auf und gibt Hilfestellung für die Durchführung der Validierung in der eigenen Einrichtung.

Zu den Änderungen in der neuen Auflage hat das CoC Hygiene und Medizinprodukte eine Übersicht erstellt und veröffentlicht, in der eine Gegenüberstellung der beiden Auflagen der Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ aus den Jahren 2014 und 2019 erfolgt.

Die zweite Auflage der Broschüre sowie die Übersicht zu den im Vergleich zur ersten Auflage erfolgten Änderungen steht für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Hygiene-und-Infektionspraevention/Hygiene-und-Medizinprodukte/Hygienechecks-und-Hygienepläne* zum Download bereit.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 19
E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

FARKOR: Neue Abrechnungsmöglichkeiten

Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts FARKOR – „Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom“ möglich. Alle Leistungen in diesem Projekt werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

Durch den Beitritt weiterer Betriebskrankenkassen ergibt sich für teilnehmende Ärzte nun die Möglichkeit, weitere Versicherte anzusprechen und im Rahmen des Projekts zu behandeln.

Folgende Krankenkassen nehmen nun am Projekt FARKOR teil:

- AOK Bayern
- Knappschaft
- BKK-Landesverband: Actimonda BKK, Audi BKK, Betriebskrankenkasse der Deutschen Bank AG, BMW BKK, BKK Akzo Nobel - Bayern, BKK Faber-Castell & Partner, BKK Henschel plus, BKK KBA, BKK Linde, BKK Mobil Oil, BKK Pfalz, BKK Stadt Augsburg, BKK Textilgruppe Hof, BKK Verbund Plus, BKK ZF & Partner, Bosch BKK, Continentale BKK, Die Schwenninger Krankenkasse, energie BKK, Ernst & Young BKK, mhplus BKK, pronova BKK, R+V Betriebskrankenkasse, Salus BKK, Siemens BKK, SKD BKK, Südzucker BKK, VIACTIV Krankenkasse
- Verband der Ersatzkrankenkassen mit BARMER, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse

Weitere Informationen zu FARKOR (zur Einschreibung interessierter Ärzte, zur Vergütung etc.) finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „F“* unter „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

„Gesund schwanger“

Folgende Krankenkasse nimmt **ab 1. April 2019** an der „Gesund schwanger“-Vereinbarung teil:

- BKK firmus

Bereits teilnehmende Krankenkassen:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb Heller*Index*Leuze
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die Bergische Krankenkasse
- Salus BKK
- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Melitta Plus
- BKK Linde
- BKK B. Braun Melsungen

Die an der „Gesund schwanger“-Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „G“* unter „Gesund schwanger“. Hier erhalten Sie außerdem alle Informationen und Formulare zum Download.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02
 E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Patientenkartei

Was ist bei der Übergabe der Patientenkartei an den Praxisnachfolger zu beachten?

Die ärztliche Schweigepflicht stellt hohe Anforderungen an den Schutz der Patientendaten und sie gilt auch gegenüber Ärzten, die nicht in die Behandlung des Patienten miteinbezogen sind.

Damit gilt die ärztliche Schweigepflicht auch bei einer Praxisveräußerung gegenüber dem Praxisübernehmer. Um diesen Vorgaben gerecht zu werden, wurde das Modell eines Verwahrungsvertrags entwickelt, wonach der Praxisnachfolger zwar die Zugriffsmöglichkeit auf die Patientenkartei erhält, sich jedoch verpflichtet, von dieser nur Gebrauch zu machen, wenn das Einverständnis durch den Patienten erteilt wird. Dies kann durch eine Einwilligungserklärung oder durch das Aufsuchen des Praxisübernehmers zur Mit- oder Weiterbehandlung konkludent der Fall sein.

Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) ist in der „Medical Tribune“ ein Artikel erschienen, in dem ein renommierter Rechtsanwalt die Meinung vertreten hat, dass ein Verwahrvertrag nunmehr nicht mehr ausreichend sei. Vielmehr sei nun der Abschluss eines Vertrags zur Auftragsdatenverarbeitung, an den erheblich mehr Anforderungen gestellt werden und der daher mehr Aufwand und Kosten verursacht, erforderlich.

Die KVB hat hierzu die Rechtsmeinung des Bayerischen Landesamts für Datenschutzaufsicht (LDA) eingeholt. Das LDA sieht hinsichtlich des Umgangs mit Patientendaten bei der Praxisübergabe keine Änderung der Rechtslage durch die DSGVO. Daher ist weiterhin ein Verwahrvertrag zwischen Praxisabgeber und -übernehmer ausreichend, um der ärztlichen Schweigepflicht gerecht zu werden.

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, dass die ärztliche Schweigepflicht auch dann gilt, wenn ein niedergelassener Arzt seine Praxis in ein MVZ einbringt und die Patientenkartei an das MVZ übergeben soll.

Fragen zum Thema senden Sie bitte per E-Mail an
 Praxisfuehrungsberatung@kvb.de.

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Zur betriebswirtschaftlichen Führung einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis ist die regelmäßige Überprüfung wichtiger betriebswirtschaftlicher Kennzahlen von großer Bedeutung. Diese zu verstehen, zu bewerten und aktiv steuern zu können, ist Ziel dieses Seminars, in dem Sie von betriebswirtschaftlich erfahrenen Beratern der KVB für Ihre Aufgaben als Unternehmer sensibilisiert und in dem Sie in Ihren Fähigkeiten bestärkt werden, Ihre Praxis wirtschaftlich zu leiten.

Zielgruppe

Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Themenschwerpunkte

- die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) – Grundlage für die Praxissteuerung
- das Verstehen der eigenen BWA: Einnahmen/Ausgaben/Liquidität
- Zusammensetzung der Einnahmen: Einflussfaktoren auf den Umsatz
- der interne und externe Praxisvergleich mittels KV-Analysen: Fallzahl, Fallwert

- Betriebsausgaben: Analyse der typischen Ausgabenstruktur und Einflussmöglichkeiten
- Vergleich der eigenen Ausgabenstruktur mit der der Fachgruppe
- die regelmäßige Chef-Info: Wichtige Kennzahlen für die Praxis

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten			
27. März 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München/KVB	
8. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB	
15. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg/KVB	
26. Juni 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg/KVB	
18. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth/KVB	
25. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg/KVB	
9. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München/KVB	
13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing/KVB	
20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB	
20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg/KVB	

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Patientengespräche zielgerichtet führen

Patienten wünschen sich bei einem Arztbesuch Linderung und Heilung ihrer Beschwerden. Ihre Therapieerfolge werden nachweislich durch eine positive Kommunikation, also auch der Fähigkeit, zuzuhören sowie eine professionelle Gesprächsführungskompetenz verbessert. Eine empathische Kommunikation unterstützt den Aufbau von Vertrauen und gibt dem Patienten das gute Gefühl von Sicherheit und Kompetenz. Studien zur Patientenzufriedenheit belegen, dass diese deutlich wächst, wenn der Patient sich als Mensch in der Praxis wahrgenommen fühlt. Patienten, deren individuelle Lebensumstände und deren Lebenswelt Beachtung finden, fühlen sich gut aufgehoben. Dieser Effekt wirkt sich auch positiv auf die Bekanntheit und das Image Ihrer Praxis aus.

Für eine gelungene Kommunikation ist es wichtig, Rücksicht auf die Sprache und die Lebenswelt des Gegenübers zu nehmen. Gerade in der Medizin gibt es viele verschiedene Fachbegriffe. Diese erschweren dem Patienten das adäquate Verständnis rund um seine medizinischen Befunde, Diagnosen und Therapien.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dem Patienten mit möglichst wenig

Fachbegriffen zu begegnen und stattdessen mit ihm anhand von Beispielen aus seiner Lebenswelt auf Augenhöhe zu kommunizieren. Emotionale Patientenreaktionen können so gut aufgefangen und zielgerichtet eingesetzt werden. Auch die „Compliance“ des Patienten wird so gefördert.

Das Seminar ist auch für die Teilnahme von Ärzten, Psychotherapeuten sowie angestellten Ärzte/ Psychotherapeuten ausgerichtet.

Themenschwerpunkte

- Grundlagen der Kommunikation mit Patienten
- Bedeutung der nonverbalen Kommunikation im Umgang mit Patienten
- Patientengespräche aufbauen und strukturieren
- Gesprächs- und Kommunikationsfertigkeiten individuell am Patienten orientiert einsetzen
- Zielführende und wertschätzende Fragen stellen
- Wie können Patienten Untersuchungsergebnisse und Diagnosen adäquat und nachvollziehbar vermittelt werden?
- Wie geht man mit emotionalen Reaktionen um?
- Wie geht man mit bereits vorinformierten Patienten um?

Referentin

Yasmine Bouali-Freybe

Teilnahmegebühr

95,- Euro

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 16.00 Uhr

Seminardaten

3. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
10. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis – Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP-Patientenschulung – mit Insulin

DMP leicht gemacht für DMP-Praxen oder solche, die es werden wollen

Fachseminare

Notfalltraining Praxisteam – Refresher

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. März 2019 2. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2019 10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019 27. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. März 2019 10. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 26. März 2019 27. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Würzburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	9. April 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	22. März 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	3. Mai bis 4. Mai 2019	15.00 bis 20.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	6. April 2019 13. April 2019	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	3. April 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	70,- Euro	6. April 2019 13. April 2019	13.30 bis 16.30 Uhr 13.30 bis 16.30 Uhr	Regensburg München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	16. März 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	20. März 2019 3. April 2019	17.00 bis 20.45 Uhr 17.00 bis 20.45 Uhr	Bayreuth Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. März 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	27. März 2019	16.00 bis 21.00 Uhr	Regensburg

Themengebiet**IT & Online**

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Die Praxis im Internet

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft – für Psychotherapeuten

Niederlassung & Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Beschwerdemanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Du gehst mir auf den Geist – Umgang mit schwierigen Menschen

Erstkraft sein – Rolle und Aufgaben

Fachkompetent und empathisch – kein Gegensatz

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Grenzen setzen – Grenzen achten

Konfliktmanagement

Mitarbeitergespräche führen

Patientengespräche zielgerichtet führen

Sicher bei der Terminvergabe

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum QMB nach DIN ISO 9001

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel – ethische Fragen in der Patientenversorgung

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Refresher-Kurs rund um die Verordnung

Verordnungen I – Arzneimittel

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. April 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	7. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Existenzgründer	kostenfrei	30. März 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		6. April 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		6. April 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. April 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
		3. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	29. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	23. März 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	10. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	5. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	3. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	27. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	3. April 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. März 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	29. März bis 30. März 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	5. April 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	5. bis 6. April 2019	15.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	3. April 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. März 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Ärzte, angestellte Ärzte	kostenfrei	27. März 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Ärzte, angestellte Ärzte	kostenfrei	10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	2. April 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
		7. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth

KVBBINFOS

04|19

ABRECHNUNG

- 50 Die nächsten Zahlungstermine
- 50 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019
- 52 Telekonsil – Abschnitt 34.8 EBM
- 52 G-BA beschließt erweitertes Neugeborenen-Screening
- 53 Szintigraphische Untersuchungen

VERORDNUNG

- 53 Diagnoseliste – besondere Verordnungsbedarfe
- 54 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

- 54 Krankenförderung – neues Muster 4

- 54 Hepatitis-B-Impfung richtig verordnen

QUALITÄT

- 55 Aktualisierung der DMP-Dokumentationen
- 55 Neue DMP-Teilnahmeformulare für Patienten
- 56 Übermittlung von DMP-Dokumentationen

QUALITÄT/ALLGEMEINES

- 56 Arzt- und Psychotherapeuten-suche: Anzeige telefonische Erreichbarkeit

IT IN DER PRAXIS

- 57 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

SEMINARE

- 58 Achter KVB-Hygienetag in Augsburg
- 59 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 60 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2019 bis spätestens **Mittwoch, den 10.**

April 2019, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:
Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist

aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits

verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Telekonsil – Abschnitt 34.8 EBM

Wir bitten Sie, dazu folgende Punkte zu beachten:

- Die Abrechnung der Leistungen aus dem Abschnitt 34.8 EBM (Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)) setzt Folgendes voraus: Solange kein Dienst in der Telematikinfrastruktur (TI) verfügbar ist, muss der verwendete Kommunikationsdienst die Anforderungen an Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten gewährleisten und mittels einschlägigem Zertifikat erfolgreich nachweisen. Nach unserer Kenntnis gibt es derzeit noch keine zertifizierten Anbieter für die Durchführung von telekonsiliarischen Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen. Eine Abrechnung der Leistungen aus dem Abschnitt 34.8 EBM ist somit aktuell nicht zulässig.

Die Anforderungen an den Kommunikationsdienst sind in Paragraf 6 der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt. Näheres hierzu finden Sie unter: www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Telekonsile* oder bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/telekonsil.php.

- Die telekonsiliarische Beauftragung und Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen beziehungsweise CT-Aufnahmen nach Abschnitt 34.8 EBM kann nur erbracht und abgerechnet werden, wenn beide Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Informationen zu den weiteren Abrechnungsvoraussetzungen und den Gebührenordnungspositionen finden Sie in den KVB INFOS, Ausgabe 3/2017, ab Seite 30. Die KVB INFOS sind online verfügbar unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Information/KVB INFOS*.

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

G-BA beschließt erweitertes Neugeborenen-Screening

Bei Neugeborenen kann zukünftig zur Früherkennung von schweren kombinierten Immundefekten (SCID) ein Screening mittels quantitativer oder semiquantitativer Polymerase Chain Reaction (PCR) durchgeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. November 2018 die SCID als 14. Ziel-erkrankung in das bestehende erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen. Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) ist am 9. Februar 2019 in Kraft getreten.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Das SCID-Screening kann erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Untersuchung in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie informieren. Sie finden die Kinder-Richtlinie sowie den Beschluss auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik *Informationsarchiv/Richtlinien*.

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

Szintigraphische Untersuchungen

Die szintigraphischen Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 17310 bis 17312, 17360 und 17361 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind „je Sitzung*“ berechnungsfähig. Der Begriff „Untersuchung“ umfasst die Gesamtheit der durchgeführten szintigraphischen Messungen innerhalb einer Sitzung, unabhängig davon, ob ein oder mehrere Organe untersucht werden beziehungsweise bei einer Ganzkörperszintigraphie Frühaufnahmen und Spätaufnahmen gemacht werden.

Die Gebührenordnungspositionen 17310 bis 17312, 17360 und 17361 EBM sind aus diesem Grund jeweils nur einmal in derselben Sitzung berechnungsfähig.

Abrechnung einer Mehrphasenszintigraphie

Eine Mehrphasenszintigraphie besteht aus der Perfusions- (angiographische Phase; 0 bis 1 Minute), der Pool- (venöse Phase, Extravasalphase; 1 bis 15 Minuten) und der Mineralisationsphase (Skelettphase; 2 bis 3 Stunden). Sie stellt daher trotz mehrerer, zeitlich getrennter Untersuchungsgänge insgesamt nur eine Untersuchung dar, die dann im Rahmen nur einer Sitzung berechnungsfähig ist. Für die Abrechnung der Mehrphasenszintigraphie ist zusätzlich der Zuschlag nach GOP 17360 für die Extravasalphasenuntersuchung berechnungsfähig.

Berücksichtigung der Abrechnungsausschlüsse

Die GOP 17310 (Teilkörperszintigraphie) und GOP 17311 (Ganzkörperszintigraphie) sowie die GOP 17360 (Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszinti-

graphie) und GOP 17361 (Zuschlag für die sequentielle Aufnahmetechnik) EBM sind jeweils in derselben Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie daher, dass bei Durchführung einer Szintigraphie entweder

- insgesamt **einmal** GOP 17310 plus
 - gegebenenfalls **einmal** GOP 17360
 - oder
 - gegebenenfalls **einmal** GOP 17361 abgerechnet werden kann

oder

- insgesamt **einmal** GOP 17311 plus gegebenenfalls **einmal** GOP 17312 (Zuschlag für die Verwendung eines Ganzkörperzusatzes) plus
 - gegebenenfalls **einmal** GOP 17360
 - oder
 - gegebenenfalls **einmal** GOP 17361 abgerechnet werden kann.

* Die Definition des Begriffs „Sitzung“ wird in den einschlägigen Rechtsprechungen klargestellt (zum Beispiel BSG-Urteil vom 24. August 1994; Az. 6 RKA 40/92)

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Franziska Klement unter
 Telefon 09 11/ 9 46 67 – 2 15
 E-Mail Franziska.Klement@kvb.de

Diagnoseliste – besondere Verordnungsbedarfe

Zum 1. Januar 2019 wurden in Folge der jährlichen Revision der ICD-10-GM die ICD-10-Diagnosen des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) aus dem bestehenden ICD-10-Code „M89.0 Neuromyopathie [Algodystrophie]“ herausgelöst. Die neuen Codes (G90.5-, G90.6- und G90.7-) wurden gesondert als besondere Verordnungsbedarfe aufgenommen.

Darüber hinaus wird für Verletzungen von peripheren Nerven (S14.3 und S14.4) die Diagnosegruppe EN4 aufgenommen.

Außerdem wurde für vier geriatrische Indikationen (R26.0, R26.1, R26.2 und R29.6) die Aufnahme der Diagnosegruppe EX3 vereinbart.

Lesen Sie hierzu bitte auch unser Verordnungsformular „Diagnoseliste – Anpassung der besonderen Verordnungsbedarfe“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

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

Zur Anlage III, Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

- Aufhebung der Verordnungseinschränkung für Klimakteriumstherapeutika (siehe Verordnung Aktuell vom 15. Februar 2019)

Zur Anlage IV, Therapiehinweise

- Aufhebung des Therapiehinweises zu Ezetimib

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte

- Hylol[®]-Gel – Änderung der Befristung auf 6. Februar 2024
- Lubricano[®] – Änderung der Befristung auf 12. Januar 2024
- Nebusal[®] 7% – Änderung der Befristung auf 23. November 2022
- Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia[®] – Änderung der Produktbezeichnung (vorher: PädiaSalin 0,9%)
- TP SalineFlushTM – Änderung der Befristung auf 29. Januar 2024

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung

Im ersten Quartal 2019 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Bictegravir/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid
- Bosutinib – Aufhebung des Orphan-Drug-Status
- Brivaracetam – Anwendungsgebiet: Epilepsie, Patienten von vier bis < 16 Jahre
- Cabozantinib – Anwendungsgebiet: Erstlinienbehandlung Nierenzellkarzinom: Aufhebung der Befristung

- Ipilimumab – Anwendungsgebiet: fortgeschrittene Melanome bei Erwachsenen: in Kombination mit Nivolumab
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Melanom, in Kombination mit Ipilimumab, Neubewertung nach Fristablauf
- Osimertinib – Anwendungsgebiet: lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Erstlinientherapie
- Pertuzumab – Anwendungsgebiet: Brustkrebs, adjuvante Behandlung
- Velmanase alfa

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

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

Krankenförderung – neues Muster 4

Wie bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, auf Seite 36 angekündigt, gibt es zum 1. April 2019 ein neues Verordnungsformular zur Verordnung einer Krankenförderung.

Eine Übersicht aller verordnungsrelevanten Änderungen sowie die aktualisierte Fassung unserer Ausfüllhilfe finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Hepatitis-B-Impfung richtig verordnen

Das Verordnungsformular „Hepatitis-B-Impfung richtig verordnen!“ haben wir an die Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst und am 12. Februar wieder veröffentlicht. Hier finden Sie Hinweise zur Grundimmunisierung und zur Indikationsimpfung sowie zu beruflichen Indikationen und bei Auslandsaufenthalten.

Sie finden das Dokument unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

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

Aktualisierung der DMP-Dokumentationen

Die Dokumentationen in den Disease-Management-Programmen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aktualisiert. Die Änderungen sind zum 1. April 2019 in Kraft getreten.

Die meisten Änderungen betreffen das DMP Asthma. Hier wurde der Fragenkatalog umfangreich überarbeitet. Um den Grad der Asthmakontrolle mittels der Dokumentation bestimmen zu können, wurden zusätzliche Fragen zur Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation, zur Einschränkung der Aktivität im Alltag sowie zur asthmabedingten Störung des Nachtschlafs eingeführt. Die Frage nach dem aktuellen Peak-Flow-Wert wurde durch die Dokumentation des FEV1-Werts in Prozent des Soll-Werts ersetzt. Außerdem gibt es eine zusätzliche Frage, ob und in welcher Form eine Anpassung der medikamentösen Therapie notwendig ist. Bei der Erstdokumentation wurde analog zu den übrigen DMP die Frage „Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen“ ergänzt. Die Frage, ob eine asthmabezogene Über- beziehungsweise Einweisung veranlasst wurde, entfällt ebenso wie die Möglichkeit, für die Fragen „Raucher“ und „Inhalationstechnik überprüft“ die Werte aus der letzten Dokumentation zu übernehmen.

Neben den aufgeführten Änderungen in der DMP-Asthma-Dokumentation gibt es weitere Änderungen, die auch die DMP Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koronare Herzkrankheit (KHK) sowie die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 betreffen. Aufgrund einer Änderung des Personenstandsgesetzes wurde die Frage „Geschlecht“ um die Antwortmöglichkeit „divers“ ergänzt. Dadurch besteht auch für Personen

mit Varianten der Geschlechtsentwicklung die Möglichkeit eines positiven Geschlechtseintrags. Bisher gab es nur die Antwortmöglichkeiten „männlich“, „weiblich“ sowie Verzicht auf eine Angabe (Antwortmöglichkeit „unbestimmt“). Für das DMP Brustkrebs gibt es bei der Frage „Geschlecht“ keine Änderung, da hier weiterhin nur weibliche Patienten eingeschrieben werden können. Außerdem wurde die Frage „Einschreibung wegen“ um die Antwortmöglichkeit „Chronische Herzinsuffizienz“ ergänzt. Da es derzeit in Bayern kein eigenständiges DMP Chronische Herzinsuffizienz gibt, ist diese Antwortmöglichkeit für Patienten, die in die bayerischen DMP eingeschrieben sind, nicht relevant.

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

Bitte beachten Sie

Analog zu früheren Dokumentationsanpassungen müssen für DMP-Dokumentationen, die das erste Quartal 2019 betreffen, die alten Dokumentationsformulare verwendet werden, auch wenn die Dokumentation erst im zweiten Quartal 2019 erstellt wird.

Weitere Informationen zu den aktualisierten DMP-Dokumentationen finden Sie unter www.g-ba.de im Informationsarchiv in der Rubrik „Richtlinien“ unter „DMP-Anforderungen-Richtlinie“ im Reiter „Beschlüsse“.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
E-Mail info-dmp@kvb.de

Neue DMP-Teilnahmeformulare für Patienten

Zum 1. April 2019 wurden die indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärungen/Einwilligungserklärungen (TE/EWE) für Patienten der Disease Management Programme (DMP) angepasst. Hintergrund sind Änderungen der Teilnahmebedingungen beim DMP Asthma. Ab 1. April 2019 gelten die Formulare 70D statt 70C.

Gleichwohl können alle noch in der Praxis befindlichen Formulare – außer bei der Einschreibung von Kindern unter fünf Jahren – in das DMP Asthma bis zum 30. September 2019 verwendet werden. Bei der Einschreibung von Kindern unter fünf Jahre ins DMP Asthma ist ab dem 1. April 2019 das neue Formular 70D zu verwenden.

Gehen nach diesem Zeitpunkt 70C-Formulare „Asthma“ – „Kinder unter fünf Jahren“ bei der DMP-Datenstelle Bayern (DSiE) ein, wird der Arzt mit einem Schreiben informiert, das korrekte 70D-Formular zu verwenden.

Die aktuellen Teilnahmeformulare können bei der Firma Kohlhammer anhand des Formulars „Bestellschein DMP diagnoseübergreifend“ beziehungsweise „Bestellschein DMP Brustkrebs“ abrufbar unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/ Formulare und Anträge/Buchstabe „K“/Kohlhammer-Verlag* bestellt 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

Übermittlung von DMP-Dokumentationen

Aus Gründen der Datensicherheit dürfen Dokumentationen nur noch bis zum 30. Juni 2019 per E-Mail an die ArGe DMP-Datenstelle Bayern übermittelt werden. Dokumentationen, die nach dem 30. Juni 2019 per E-Mail versandt werden, werden von der Datenstelle grundsätzlich nicht mehr verarbeitet.

Ihre DMP-Dokumentationen können im Mitgliederportal „Meine KVB“ über das Auswahlfeld „Dateien einreichen“ übermittelt werden. Zusätzlich besteht seit dem 1. Januar 2019 die Möglichkeit, die DMP-Dokumentationen auch über den ebenfalls komfortablen und sicheren Kommunikationsdienst KV-Connect einzureichen. Das Versenden erfolgt direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS).

Für Praxen, die bereits KV-Connect-Anwender sind, ist lediglich die Freischaltung des entsprechenden DMP-Moduls im PVS notwendig. In diesem Fall sollten sich diese direkt an das entsprechende Systemhaus beziehungsweise den PVS-Hersteller wenden.

Weitere Informationen zu KV-Connect sind in der „Info-Broschüre zu KV-Connect“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Connect* im Kasten Publikationen in der rechten Spalte zu finden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Arzt- und Psychotherapeutensuche: Anzeige telefonische Erreichbarkeit

Seit der umfangreichen Strukturreform in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zum 1. April 2017 muss jeder Arzt und Psychotherapeut, der über eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie verfügt, sicherstellen, dass

- die Praxis **bei vollem Versorgungsauftrag 200 Minuten/Woche** beziehungsweise **bei hälftigem Versorgungsauftrag 100 Minuten/Woche** telefonisch erreichbar ist.
- Dabei muss jede an die KVB gemeldete Zeiteinheit **mindestens 25 Minuten betragen**.

Da bisher die Anzeige der gemeldeten Zeiten aus technischen Gründen nicht in der **Arzt- und Psychotherapeutensuche** dargestellt werden konnte, hat die KV Bayerns die gesetzlich vorgeschriebene Information der Versicherten über eine Liste unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisführung/Strukturreform-Psychotherapie* veröffentlicht.

Zum 1. April 2019 wird diese Liste abgelöst. Die telefonische Erreichbarkeitszeiten können nun auch in der **KVB-Arzt- und Psychotherapeutensuche** unterhalb der Sprechzeiten angezeigt werden. Die Umstellung dieses Services ist **zum 1. April 2019** geplant.

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Veröffentlichung der telefonischen Erreichbarkeitszeiten in der KVB-Arzt- und Psychotherapeutensuche zukünftig auch diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten angezeigt werden, die bisher nicht in eine Veröffentlichung in der KVB-Arzt- und Psychotherapeutensuche eingewilligt haben. Angezeigt werden

jeweils der Titel, Vorname, Nachname, Fachgebiet, Zusatzbezeichnung, Genehmigungen, Anschrift, Telefonnummer und die telefonischen Erreichbarkeitszeiten.

Bei Änderung zur telefonischen Erreichbarkeit nutzen Sie bitte weiterhin das Meldeformular – „Telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeuten“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxisführung/Strukturreform-Psychotherapie*.

Die telefonische Erreichbarkeit kann auch durch die reguläre Sprechzeit sichergestellt sein. In diesem Fall bitten wir ebenfalls um eine kurze Information. Die Sprechstundenzeiten werden dann als telefonische Erreichbarkeitszeiten veröffentlicht.

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

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Nachfolgend stellen wir Ihnen unsere regelmäßigen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung. Eine

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

Im Quartal 4/2017 wurden insgesamt 18.690 Installationen vermerkt, und im Quartal 4/2018 18.743. Zum Jahresende 2018 waren insgesamt 109 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 4/2017 zu 4/2018
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.696	19,72 %	+107
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.488	13,27 %	-30
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.522	8,12 %	-114
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.511	8,06 %	-56
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	878	4,68 %	-30
6	ALBIS	CompuGroup Medical	850	4,54 %	-20
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	811	4,33 %	-7
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	543	2,90 %	-43
9	easymed	promedico/medatixx GmbH	484	2,58 %	-43
10	ORBIS	Agfa HealthCare GmbH	457	2,44 %	-7

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 4/2017 zu 4/2018	Installationen gesamt (Stand 4/2018)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+107	3.696
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+88	231
3	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+61	191
4	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+53	94
5	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+52	352
6	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+34	223
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+33	221
8	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+24	214
9	tomedo	zollsoft GmbH	+18	131
10	Elefant	HASOMED GmbH	+16	304

Achter KVB-Hygienetag in Augsburg

Die KVB richtet auch dieses Jahr wieder ihre Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Praxismitarbeiter zu Fragestellungen im Bereich Hygiene und Infektiologie aus. Der achte KVB-Hygienetag zum Thema **Hygiene & Infektionsprävention: Management & Qualitätssicherung in der Arztpraxis** findet am **Samstag, den 11. Mai 2019 von 9.30 bis 16.00 Uhr** in den Räumen des Hauses Sankt Ulrich, Kappelberg 1, 86150 Augsburg statt. Die Teilnahmegebühr beträgt 35,- Euro.

Folgende Fachvorträge stehen auf dem Programm:

- Prof. Jörg Schelling:
Strukturiertes Impfmanagement in der Arztpraxis
- Christiane Waßmer:
Surveillance im Ambulanten Operieren
- Dr. Markus Frühwein:
Impfen bei Immunsupprimierten („Problempatienten“)
- Dr. Lutz Bader (KVB):
MRSA & andere resistente Erreger, Antibiotikaverordnung
- sQS: Prävention postoperativer Wundinfektionen im Ambulanten Operieren
 - Corinna Friedemann:
Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung
 - Dr. Helmut Weinhart:
Sicht der Operateure im ambulanten Bereich
- Marion Dorbath:
Hygiene in der Arztpraxis – Leitfaden 2.0
- Tatjana Mecklenburg (KVB):
Fragen an die KVB-Hygieneberatung

Für Ärzte sind bei der Bayerischen Landesärztekammer CME-Fortbildungspunkte beantragt. Hygienebeauftragte Ärzte in Einrichtungen für Ambulantes Operieren kommen

bei Teilnahme am KVB-Hygienetag der Verpflichtung zur Fortbildung auf dem Gebiet der Infektionshygiene gemäß Paragraf 12 Bayerische MedHygV nach. Der Hygienetag kann auch genutzt werden für die seit 2018 von Ärzten im Ambulanten Operieren im Rahmen der Einrichtungsbefragung im „sQS-Verfahren: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ geforderte Teilnahme an einer Informationsveranstaltung zum Thema „Antibiotika-Resistenzlage und Therapie“.

Ärzte aus der Region haben bereits eine Einladung mit einer Anmelde-möglichkeit erhalten. Weitere Interessenten wenden sich bitte per E-Mail an kvb-veranstaltung@kvb.de oder finden weitere Informationen sowie ein Anmeldeformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Veranstaltungen/KVB-Hygienetag 2019*.

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

Der Wettbewerb in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nimmt zu, gleichzeitig aber auch die Vielzahl an Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten.

Durch einen sinnvollen Einsatz dieser Optionen können Sie Ihre Praxistätigkeit individuell gestalten und den Wert Ihrer Praxis erhalten. Enthusiasmus und gute Ideen sind zwar Grundvoraussetzungen für gelungene Kooperationen von Ärzten oder Psychotherapeuten, allerdings müssen das notwendige Wissen und eine stringente Planung hinzukommen. Nur so lassen sich die Instrumente zum Aufbau und zur Führung erfolgreicher kooperativer Strukturen erfolgreich einsetzen.

Um die Chancen einer Kooperation nutzen und die Risiken minimieren zu können, benötigen Sie professionelle Unterstützung aus verschiedenen Berufen, zu denen Sie in diesem Seminar die entsprechenden Basisinformationen erhalten.

In den Seminaren für Psychotherapeuten wird Ihnen darüber hinaus vermittelt, welche Besonderheiten bei Kooperationen mit Beteiligung von Psychotherapeuten zu beachten sind.

Zielgruppe

Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Themenschwerpunkte

- Vertragsarztrecht
- vertragliche und rechtliche Regelungen für Psychotherapeuten
- Zivilrecht/Gesellschaftsrecht
- Steuerrecht
- Finanzierung

Referentin

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

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

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

Unsere Servicezeiten

- Montag bis Donnerstag
7.30 bis 17.30 Uhr
- Freitag
7.30 bis 16.00 Uhr

Seminararten

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft

22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing/KVB
29. Juni 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
10. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
23. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB
6. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg/KVB
20. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft für Psychotherapeuten

7. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg/KVB
16. Juli 2019	17.00 bis 21.00 Uhr	München/KVB
3. Dezember 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

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

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Operative und Belegärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis – Einsteiger

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

DMP

DMP – Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP – Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP – KHK für koordinierende Hausärzte

DMP – Patientenschulung – Hypertonie ZI

DMP – Patientenschulung – ohne Insulin

Fachseminare

Notfalltraining Praxisteam – Vormittag

Notfalltraining Praxisteam

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

IT & Online

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Die Praxis im Internet

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und PT

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2019 22. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2019 21. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Mai 2019 22. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2019 22. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	11. Mai 2019	9.30 bis 15.45 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	24. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	25. Mai 2019	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	25. Mai 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	3. Mai 2019 bis 4. Mai 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	17. Mai 2019 bis 18. Mai 2019	16.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	18. Mai 2019 18. Mai 2019	9.00 bis 12.45 Uhr 13.30 bis 17.15 Uhr	München München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	15. Mai 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	8. Mai 2019 29. Mai 2019	17.00 bis 20.30 Uhr 17.00 bis 20.30 Uhr	Straubing Würzburg
Poolärzte	kostenfrei	9. Mai 2019	17.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	8. Mai 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	8. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München

Themengebiet

Informationen und Tipps wenn Sie als angestellter Arzt/PT tätig werden wollen

Intensivseminar Kooperationen – BAG oder MVZ

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft für PT

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Niederlassung & Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Gründer- und Abgeberforum – Psychotherapeuten

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxismanagement

Du gehst mir auf den Geist – Umgang mit schwierigen Menschen

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Erstkraft sein – Rolle und Aufgaben

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Gekonnter Umgang mit der Doppelbelastung Beruf und Familie

Konfliktmanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Patientengespräche zielgerichtet führen

Praxismarketing als Teamaufgabe

Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen

Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum QMB nach QEP®

QEP® – Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

QM-Dokumente – digital erstellen, pflegen und archivieren

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel – Ethische Fragen in der Patientenversorgung

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel – Resilienz im Praxisalltag

Verordnung

Heilmittelverordnungen – Informationen und Tipps

Verordnungen II – Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		29. Mai 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Existenzgründer, Praxisabgeber	kostenfrei	11. Mai 2019	9.30 bis 16.00 Uhr	Straubing
		18. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Existenzgründer, Praxisabgeber	kostenfrei	23. Mai 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	17. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	17. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	10. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Mai 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	24. Mai 2019 bis 25. Mai 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	17. Mai 2019 bis 18. Mai 2019	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	24. Mai 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	15. Mai 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	München
		22. Mai 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Bayreuth
		21. Mai 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg

KVBIINFOS

05|19

ABRECHNUNG

- 66 Die nächsten
Zahlungstermine
- 66 Honorarverteilungsmaßstab
(HVM) – Information nach
Vertreterversammlung am 23.
März 2019
- 67 EBM – Änderungen zum 1. April
2019
- 73 Optische Kohärenztomo-
grafie bald GKV-Leistung
- 74 Zweitmeinungsverfahren
– Informationen zur Kennzeich-
nung
- 76 Herzschrittmacherkontrollen
– Neubewertung ab 1. Januar
2019

QUALITÄT

- 77 DMP Brustkrebs:
Liste Psychotherapeuten

SEMINARE

- 78 Seminar des Monats für
Praxisinhaber
- 79 Seminar des Monats für
Praxismitarbeiter
- 80 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

- 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
- 31. Oktober 2019**
Restzahlung 2/2019
- 11. November 2019**
Abschlagszahlung Oktober 2019
- 10. Dezember 2019**
Abschlagszahlung November 2019

Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) – Information nach Vertreterversammlung am 23. März 2019

Am 23. März hat die Vertreterversammlung einige Änderungen des HVM beschlossen. Dabei bleibt die HVM-Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) im Grundsatz unverändert.

Bei den Änderungen handelt es sich neben der Einführung eines Leistungstopfes für die Polysomnographie (GOP 30901 EBM) in erster Linie um Reaktionen auf EBM-Änderungen, die im HVM nachzuvollziehen sind. Daneben gab es einige fachgruppenspezifische Änderungen.

Überblick über die Änderungen

- Einführung eines fachgruppenübergreifenden Leistungstopfes im fachärztlichen Versorgungsbereich für die kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM) zum 1. April 2019 mit einer gestaffelten Quotierungsregelung in Höhe von 65 Prozent/50 Prozent/10 Prozent abhängig vom jeweiligen Ansatz der GOP. Über die Details wurden die betroffenen Fachgruppen in einem eigenen Serviceschreiben informiert (siehe www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitgliederinformationen/Serviceschreiben*).
- Änderungen für die Fachgruppe der Anästhesisten, unter anderem wurde das Honorarvolumen für die „Topf im Topf-Leistungen“ der Anästhesien, Narkosen und Überwachungen angepasst. Für die QZV der Fachgruppe der Anästhesisten gilt ab 1. April 2019 eine Mindestquote in Höhe von 95 Prozent.
- Redaktionelle Korrekturen im HVM nach EBM-Änderungen im Bereich der Humangenetik (zu den EBM-Änderungen vergleiche KVB INFOS, Ausgabe 3/2019).

- Reaktion auf die EBM-Höherbewertung der osteodensitometrischen Untersuchung nach der GOP 34600 EBM (vergleiche KVB INFOS, Ausgabe 3/2019). Als Reaktion darauf wurden im HVM die kalkulatorischen QZV-Fallwerte 2019 für das QZV Osteodensitometrie bei den betroffenen RLV-Fachgruppen (Rheumatologen, Orthopäden und Radiologen) um 11,58 Euro angehoben.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19*. Dort finden Sie auch die Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“.

Die kalkulatorischen Fallwerte 2019 finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*. Die oben dargestellte Erhöhung für das QZV Osteodensitometrie ist dort bereits berücksichtigt.

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

EBM – Änderungen zum 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 434. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 sowie rückwirkend zum 1. Juli 2016 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

EBM-Änderungen zum 1. April 2019

Kapitel 11 Humangenetik – Korrektur Abrechnungsausschluss 434. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung des Bewertungsausschusses)

Die zum 1. April 2019 neu eingeführte Gebührenordnungsposition 08576 „Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11351, 11352, 11502, 11503, 11506 und 11508 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nummer 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung“ ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 11302 „Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 und den Gebührenordnungspositionen 11502 bis 11518 für Gemeinkosten“ be-

rechnungsfähig. Der fälschlicherweise ausgewiesene Abrechnungsausschluss zu den Gebührenordnungspositionen 11501 bis 11503 wird gestrichen.

Abschnitt 30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung – Klarstellung 434. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung des Bewertungsausschusses)

Die Vorabklärungsgespräche (Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981) müssen laut obligatem Leistungsinhalt zwischen dem überweisenden Arzt und dem geriatrisch spezialisierten Arzt erfolgen. Der Bewertungsausschuss hat dafür die Leistungslegenden und Anmerkungen für die Vorabklärungsgespräche nach den Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 vor einem weiterführenden geriatrischen Assessment dahingehend präzisiert, dass eine Abklärung in Absprache mit einem Geriater notwendig ist.

Für die Berechnung der Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach der Gebührenordnungsposition 30988 wird die vorherige Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 vorausgesetzt. Dies darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen. Zur Klarstellung wurde in die Präambel des Abschnitts 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“ eine neue Nummer 4 aufgenommen und die Leistungslegende und Anmerkung der Gebührenordnungsposition 30988 entsprechend ergänzt.

Über die Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und

Versorgung“ EBM haben wir Sie bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 11/2018 (Seite 156f.) informiert: www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/KVB INFOS*.

Gesundheitsuntersuchung Beschluss aus der 435. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS, Ausgabe 12/2018, haben wir Sie bereits über die neuen Regelungen in der Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (GU-Richtlinie) informiert. Die Richtlinie trat am 25. Oktober 2018 in Kraft. Zur Erinnerung:

■ Anamnese, Beratung und Dokumentation

- Die bisherige Fokussierung auf bestimmte Zielerkrankungen (Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit) wurde aufgegeben.
- Die Anamnese und Beratung soll sich zukünftig stärker auf die Gesundheitsförderung und die individuellen gesundheitlichen Risiken des Patienten erstrecken, unter anderem sollen bei Bedarf mittels Risk-Charts kardiovaskuläre Risiken systematisch erfasst werden und der Impfstatus standardmäßig erfasst werden.
- Ergebnisse des Check-up müssen nicht mehr auf dem Formular 30 („Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung“) dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.
- Neue Altersgrenzen und Intervalle der Gesundheitsuntersuchung
 - Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren haben künftig

nur noch alle drei (statt bisher alle zwei Jahre) Anspruch auf die Untersuchung.

- Jüngere Versicherte zwischen 18 bis 34 Jahren können einmalig den Check-up durchführen lassen (hier gelten Einschränkungen bei den Laboruntersuchungen).
- **Umfang der Laboruntersuchungen**
 - Bei der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up 35“) wurde die Blutuntersuchung auf das vollständige Lipidprofil erweitert (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride). Die Untersuchung auf Nüchternplasmaglukose sowie Harnstreifen-Untersuchung (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) ist weiterhin notwendig.
 - Bei jüngeren Versicherten zwischen 18 und 34 Jahren sind die Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risiko-profil (zum Beispiel positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck) durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.

Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 435. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2019 die Gebührenordnungspositionen (GOPen) für die Gesundheitsuntersuchung und die entsprechenden Laborleistungen des EBM an die neuen Vorgaben der GU-Richtlinie angepasst.

GOP 01732 – Gesundheitsuntersuchung

- Die Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 kann zukünftig bereits für Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr abgerechnet werden. Die Leistungs-

beschreibung wurde entsprechend angepasst.

Bitte beachten Sie die neuen Intervalle für die Inanspruchnahme nach der GU-Richtlinie (Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren: einmalig/Versicherte ab 35 Jahren: alle drei Kalenderjahre) sowie die Übergangsregelung.

- Wegen der geänderten Inhalte und Untersuchungsfrequenz für die Gesundheitsuntersuchung wurde die Bewertung der GOP 01732 um 17 Punkte auf 320 Punkte (34,63 Euro) erhöht.

Laborpauschalen

- Die bereits bestehende Laborpauschale 32882 für die quantitative Bestimmung des Gesamtcholesterins wurde um die Laboruntersuchungen auf HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin und Triglyceride ergänzt und die Bewertung von 0,25 Euro auf 1,00 Euro erhöht.

Bitte beachten Sie, dass die GU-Richtlinie die Blutuntersuchung bei jüngeren Versicherten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren nur unter bestimmten Voraussetzungen vorsieht.

- Die Gebührenordnungsposition 32030 (Orientierende Untersuchung) vergütete bislang neben den orientierenden Untersuchungen auch den kurativen Harnstreifentest und war bis 31. März 2019 in derselben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 berechnungsfähig. **Der kurative Harnstreifentest wurde ab 1. April 2019 in die neu aufgenommene Gebührenordnungsposition 32033 ausgegliedert** und ermöglicht nun einen sachgerechten Ausschluss des kurativen Harnstreifentestes neben den präventiven Laborleistungen

im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach den Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882. Der präventive Harnstreifentest im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung wird weiterhin über die GOP 32880 abgerechnet. Ab 1. April 2019 können neben den Laborleistungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zusätzlich benötigte kurative orientierende Laborleistungen, die über die Untersuchung mit dem Urin-Stix hinausgehen, nach GOP 32030 abgerechnet werden.

Neu: GOP 32033 – Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht und Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung

EBM-Bewertung 0,50 Euro

- In derselben Sitzung nicht neben der Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 und den mit der Gesundheitsuntersuchung zusammenhängenden Laboruntersuchungen nach den GOPen 32880 bis 32882 berechnungsfähig.
- Die orientierende Untersuchung nach GOP 32030 kann ab 1. April 2019 nicht mehr für den kurativen Harnstreifentest berechnet werden.

Wichtiger Hinweis zu den neuen Untersuchungsintervallen und Übergangsregelung

Mit der Änderung des EBM zum 1. April 2019 gelten für die Durchführung und Abrechnung der Gesundheitsuntersuchung nach GOP

01732 für gesetzlich Versicherte die neuen Untersuchungsintervalle. Versicherte haben ab Vollendung des 35. Lebensjahres **nur noch alle drei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung**. Wurde beziehungsweise wird eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, ist in den auf das Untersuchungsjahr folgenden zwei Kalenderjahren keine Gesundheitsuntersuchung möglich.

Übergangsregelung zur Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung haben auf die zahlreichen Proteste über das kurzfristige Inkrafttreten der Neuregelungen bei der Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) reagiert und am 9. April 2019 bezüglich der Untersuchungsintervalle für gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren eine **Übergangsregelung bis zum 30. September 2019** vereinbart.

Die Übergangsregelung gilt ausschließlich für **Patienten, die ihre letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2017** hatten. Bei diesen Patienten können die Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) nach der Gebührenordnungsposition 01732 EBM sowie die dazugehörigen Laboruntersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 **bis spätestens zum 30. September 2019** erbracht und abgerechnet werden.

Für alle Patienten, bei denen die letzte Gesundheitsuntersuchung im Jahr 2018 und später stattgefunden hat, gilt hingegen das neue dreijährige Untersuchungsintervall: Wurde 2018 eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, kann der nächste Check-up wieder ab dem Jahr 2021

erfolgen. Versicherte, die 2019 den Check-up wahrnehmen, haben ab dem Jahr 2022 wieder Anspruch auf die Untersuchung.

Neue Gebührenordnungspositionen zur Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus

Beschluss aus der 435. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS, Ausgabe 12/2018, haben wir Sie über die Aufnahme der Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) informiert. Der Bewertungsausschuss (BA) hat nun in seiner Sitzung am 29. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019 die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für die ambulante und belegärztliche Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus mittels Einsatz von Riboflavin in den EBM beschlossen. Gleichzeitig wurden Berechnungsmöglichkeiten für die diagnostischen Leistungen und postoperativen Behandlungskomplexe in den EBM aufgenommen.

Anspruchsberechtigte Patienten

Die neuen Gebührenordnungspositionen der Hornhautvernetzung und Diagnostik sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der oben genannten Richtlinie des G-BA ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz des Keratokonus innerhalb der letzten zwölf Monate festgestellt wurde:

- Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um ≥ 1 dpt
- Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um ≥ 1 dpt

- Abnahme der Basiskurve der besitzenden Kontaktlinse um $\geq 0,1$ mm

Diagnostik

GOP 06362 – Hornhauttomographie gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

EBM-Bewertung 231 Punkte
25,00 Euro

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Je Auge einmal am Behandlungstag
- Je Auge höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit (FK 5009 – freier Begründungstext) im Einzelfall voraus.
- Berechnungsfähig, wenn ein operativer Eingriff gemäß den Gebührenordnungspositionen 31364 oder 36364 geplant ist.

Die **topographische Untersuchung der Hornhaut** wird in den Anhang 1 „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ EBM aufgenommen. Die Untersuchung ist somit Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale. Hierfür wurde die Bewertung der GOP 06211 „Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr“ von 127 Punkten (13,74 Euro) auf 129 Punkte (13,96 Euro) angehoben. Das Regelleistungsvolumen wird für diese Altersklasse entsprechend angepasst.

Operativer Eingriff für Hornhautvernetzung mit Riboflavin

Neuaufnahme in die Abschnitte 31.2.13 und 36.2.13 „Definierte

OPS-Kode	Seite	OP-Kategorie	neue GOP ambulant	Bewertung EBM/B€GO	neue GOP belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
5-126.8	L	YY4	GOP 31364	2.704 Punkte/ 292,64 Euro	GOP 36364	1.784 Punkte/ 193,08 Euro
5-126.8	R	YY4	GOP 31364	2.704 Punkte/ 292,64 Euro	GOP 36364	1.784 Punkte/ 193,08 Euro

operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie“ und in den Anhang 2 (OPS) des EBM:

Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA (siehe Tabelle).

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- Nur nach Durchführung einer **topographischen Untersuchung** berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.
- Nur nach Durchführung einer **tomographischen Untersuchung nach GOP 06362** berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung **darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen**.
- **Je Auge einmal im Krankheitsfall** berechnungsfähig.
- Die zweimalige Berechnung im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit (FK 5009 – freier Begründungstext) im Einzelfall voraus.

- Die **Sachkosten für das Medizinprodukt Riboflavin** können über die neu aufgenommene **Kostenpauschale 40681** (86,00 Euro) zu der ambulanten Hornhautvernetzung nach der GOP 31364 berechnet werden.
- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an eine ambulante Hornhautvernetzung mit Riboflavin die GOP 31737 (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die GOP 31738 (= bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.
- Die GOP 06225 (Zuschlag konservativ tätiger Augenarzt) ist nicht berechnungsfähig, wenn Leistungen der Hornhautvernetzung mit Riboflavin erbracht werden.
- Neben der Hornhautvernetzung mit Riboflavin sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, von der operierenden Praxis nur die in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 beziehungsweise 36.2.1 Nr. 4 EBM aufgeführten Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 06362 und 40681 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Kranken-

kassen auf Landesebene verhandelt werden.

Darmkrebsscreening

Beschluss aus der 435. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS, Ausgabe 12/2018, haben wir bereits über die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungs-Programme (oKFE-RL) mit einem Besonderen Teil II für das Darmkrebsscreening berichtet. Die Richtlinie trat am 19. Oktober 2018 in Kraft. Der Bewertungsausschuss hat nun mit Wirkung zum 1. April 2019 die notwendigen Anpassungen bei den GOPen 01737 bis 01741 für das Darmkrebsscreening an die Inhalte der neuen oKFE-RL im EBM vorgenommen.

Die neuen Regelungen des Besonderen Teils II (Paragrafen 1 bis 14) der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungs-Programme sind erst nach Ablauf von sechs Monaten nach ihrem Inkrafttreten, das heißt, **erst ab dem 19. April 2019 anzuwenden. Die geänderten Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen gelten daher auch erst ab diesem Zeitpunkt.**

Bis einschließlich 18. April 2019 sind die Leistungen zur Früherkennung von Darmkrebs noch nach den bisherigen Regelungen in Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) durchzuführen.

Was ändert sich ab dem 19. April 2019?

Anspruchsberechtigung auf Früherkennungskoloskopie bei Männern ab 50 Jahren

- Männer haben künftig bereits ab 50 Jahren (statt bisher 55 Jahren) Anspruch auf eine erste Früherkennungskoloskopie. Alternativ können sie zwischen 50 bis 54 Jahren jährlich einen iFOBT durchführen lassen.
- Für Frauen besteht der Anspruch auf die Früherkennungskoloskopie weiterhin erst ab 55 Jahren. Frauen können zwischen 50 und 54 Jahren jährlich einen iFOBT durchführen lassen.
- Alle Versicherten haben ab dem Alter von 50 Jahren einen einmaligen Anspruch auf eine Beratung durch einen Vertragsarzt über Ziel und Zweck des Programms zur Darmkrebsfrüherkennung nach GOP 01740. Die Beratung erfolgt anhand der strukturierten Versicherteninformationen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die ab dem 19. April 2019 in Kraft treten (siehe www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien/Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme).
- Weitere Hinweise zur strukturierten Versicherteninformation finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung* unter „Themen und Verfahren der Qualitätssicherung“, Buchstabe „D“ unter dem Punkt „Darmkrebsfrüherkennung/Versicherteninformation“.

Anpassung der Gebührenordnungspositionen an die oKFE-RL und Bewertungsänderung für die Beratung

- Bei GOP 01737 (Ausgabe und Weiterleitung iFOBT), 01738

(iFOBT) und GOP 01741 (Früherkennungskoloskopie) werden die bisherigen Verweise von der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie auf die neue oKFE-RL geändert und der obligate Leistungsinhalt der GOP 01740 (Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung) zudem an die neue Anspruchsberechtigung (siehe Seite 70) angepasst.

- Zur Klarstellung, dass die geänderten Leistungsinhalte der Gebührenordnungspositionen erst ab dem 19. April 2019 gelten, werden für das Quartal 2/2019 entsprechende Abrechnungsbestimmungen bei den Gebührenordnungspositionen aufgenommen.
- Aufgrund des Mehraufwands bei der Beratung wird die Bewertung der GOP 01740 (Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms) ab April 2019 um zwölf Punkte auf 115 Punkte (12,45 Euro) erhöht.

Abklärungskoloskopie als kurative Leistung

Bei positivem iFOBT besteht ein Anspruch auf eine Abklärungskoloskopie. Bereits seit dem 1. April 2018 sind die im Anschluss an einen positiven Früherkennungstest auf okultes Blut im Stuhl (iFOBT) durchgeführten Abklärungskoloskopien als kurative Untersuchungen nach der GOP 13421 abzurechnen. Zur Klarstellung der Abrechnung der Abklärungskoloskopie als kurative Leistung wurden jetzt entsprechende Abrechnungsanmerkungen bei den GOPen 01741 und 13421 (Koloskopische Komplexe) aufgenommen.

Hinweis: Wie in den KVB INFOS, Ausgabe 5/2018, beziehungsweise unserem Rundschreiben vom 28. März 2018 (unter: www.kvb.de

in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Serviceschreiben*) beschrieben, bitten wir Sie aufgrund des noch laufenden Klageverfahrens auch weiterhin, die GOP 13421 mit dem Buchstaben „A“ in der KVDT-Feldkennung 5023 (GO-Nummern-Zusatz) zu kennzeichnen, wenn Sie diese Untersuchungen als Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT erbringen. So können wir im Falle des Erfolgs der Klage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die von Ihnen durchgeführten Abklärungskoloskopien in der Abrechnung identifizieren.

Organisiertes Programm

- Die Richtlinie sieht eine regelmäßige Einladung der Versicherten durch die Krankenkassen vor, im Allgemeinen regelhaft bei Erreichen eines bestimmten Anspruchsalters und anschließend in programmspezifisch definierten Intervallen. Der voraussichtliche Starttermin für das Einladungsverfahren durch die Krankenkassen ist im Juli 2019. Die Einladung soll Informationen über die Organisation und den Ablauf des Programms, den Nutzen und die Risiken der Früherkennungsuntersuchung, die personenbezogene Datenverarbeitung und die Ausgestaltung der Widerspruchsrechte enthalten.
- Zur Programmbeurteilung (Evaluation) werden elektronische Dokumentationen der Ärzte, der Krankenkassen und der klinischen Krebsregister einbezogen. Die bisherigen Dokumentationsregelungen nach der bestehenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie des G-BA (Koloskopie und Sammelstatistiken zum iFOBT) gelten bis zum 1. Januar 2020 beziehungsweise bis zur Inkraftsetzung der neuen Dokumentation.

Erweiterte Verordnungsmöglichkeit für psychiatrische häusliche Krankenpflege

Beschluss aus der 435. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Verordnungsmöglichkeiten für die psychiatrische häusliche Krankenpflege zu erweitern. In „Verordnung Aktuell“, Ausgabe vom 6. November 2018 (siehe: www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung Aktuell*), hatten wir hierzu bereits informiert.

Nun hat der Bewertungsausschuss in seiner 435. Sitzung vom 29. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019 die Gebührenordnungsposition 01422 für die Erstverordnung und Gebührenordnungsposition 01424 für die Folgeverordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im EBM angepasst.

Somit kann ab dem 1. April 2019 die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Basis der geänderten Richtlinie verordnet werden.

Im Hinblick auf den Mehraufwand bei der Verordnung wurde die Bewertung der Gebührenordnungsposition 01422 um 15 Punkte auf 149 Punkte (16,12 Euro) und der Gebührenordnungsposition 01424 um 20 Punkte auf 154 Punkte (16,67 Euro) angehoben.

Videosprechstunde

Beschluss aus der 435. Sitzung des Bewertungsausschusses

Durch das zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ist die Videosprechstunde ab dem 1. April 2019 in einem weiten Umfang zu ermöglichen. Die im EBM bei der Videosprechstunde

bisher enthaltene Beschränkung auf definierte Krankheitsbilder (Verlaufskontrollen) entfällt und die Besonderheiten bei der Behandlung von Pflegebedürftigen und in der psychotherapeutischen Versorgung sind zu berücksichtigen.

Der Bewertungsausschuss hat deshalb mit Wirkung zum 1. April 2019 die Gebührenordnungspositionen für die Videosprechstunde im EBM wie folgt angepasst:

- Die Indikationen werden aus den Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 01439 und 01450 (Videosprechstunde) gestrichen.
- Der Zuschlag für die Videosprechstunde nach Gebührenordnungsposition 01450 kann nun auch zu den Grundpauschalen des Kapitels 14 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), des Kapitels 22 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und des Kapitels 23 (Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen) berechnet werden.
- Im Zusammenhang mit der Durchführung von Videosprechstunden im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung wird der Bewertungsausschuss überprüfen, in welchem Rahmen und Umfang Videosprechstunden zum Einsatz kommen können und die hierzu notwendigen Änderungen im EBM umsetzen.
- Im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen wird die Durchführung der patientenorientierten Fallbesprechung als Videokonferenz zwischen Vertragsärzten und Pflegekräften ermöglicht. Der Zuschlag für die Videokonferenz nach Gebührenordnungsposition 01450 ist künftig

auch zu den Fallbesprechungen nach den Gebührenordnungspositionen 37120 (Versorgung in stationären Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) und 37320 (Palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) berechnungsfähig.

- In Bezug auf die Durchführung von Videofallkonferenzen für die Versorgung von Pflegebedürftigen wird der Bewertungsausschuss auch die Umsetzung weiterer Änderungen im EBM prüfen.

Der Bewertungsausschuss wird zudem notwendige EBM-Anpassungen zur Umsetzung des gelockerten Fernbehandlungsverbots im Rahmen der Videosprechstunde und der Möglichkeiten der ausschließlichen Fernbehandlung eines beim Arzt bislang unbekanntem Patienten prüfen.

Genehmigungspflicht

Bitte beachten Sie, dass die Durchführung und Abrechnung von Videosprechstunden der vorherigen Genehmigung durch die KV bedarf. Nähere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Videosprechstunde*.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungspositionen 06362, 31364, 31737, 31738 und 36364 im Rahmen der Hornhautvernetzung bei Keratokonus und der Änderung der Gesundheitsuntersuchung nach Gebührenordnungsposition 01732 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 06362, 31364, 31737, 31738 und 36364

werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Juli 2016

Anhang 3 EBM – Streichung von Prüfzeiten für einzelne Leistungen des Abschnitts 11.4.2 EBM

434. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung des Bewertungsausschusses)

Im Anhang 3 werden rückwirkend mit Wirkung zum 1. Juli 2016 Prüfzeiten einzelner Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 „Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen“ gestrichen. Um welche Gebührenordnungspositionen es sich handelt, entnehmen Sie bitte dem Beschluss im Detail.

Die Anpassung geht zurück auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses von 2016, mit dem der human-genetische Abschnitt 11.4 EBM aufgehoben und neu gefasst wurde. Die ärztlichen Leistungsanteile werden seitdem in den Gebührenordnungspositionen 11301 „Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung“ und 11302 „Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen“ abgebildet. Die Angaben zu den Prüfzeiten dieser Gebührenordnungspositionen im Anhang 3 bleiben unverändert. Mit dem aktuellen Beschluss wird darüber hinaus im Anhang 3 präzisiert, dass die dort in der ersten Anmerkung aufgezählten human-genetischen und pathologischen Abschnitte 11.4.2 bis 11.4.4; 19.4.2

bis 19.4.4 und die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM grundsätzlich keine Kalkulations- und Prüfzeiten enthalten.

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

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

Optische Kohärenztomografie bald GKV-Leistung

Die Optische Kohärenztomografie (OCT) wird bei Patienten mit neovaskulärer altersbedingter Makuladegeneration (nAMD) und des Makulaödems bei diabetischer Retinopathie (DMÖ) zukünftig Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. Dezember 2018 eine entsprechende Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss ist am 23. März 2019 in Kraft getreten.

Die OCT kann für die Diagnostik wie auch zur Überprüfung des Erkrankungsverlaufs und der Notwendigkeit von wiederholten intravitrealen operativen Medikamenteneingaben (IVOM) eingesetzt werden. Das nichtinvasive Verfahren bietet hier die Möglichkeit, Netzhautstrukturen hochauflösend abzubilden. Das OCT darf nur von Fachärzten für Augenheilkunde durchgeführt werden.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Die OCT kann als ambulante Leistung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erst dann erbracht werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

Zweitmeinungsverfahren – Informationen zur Kennzeichnung

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

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

Der ergänzte Bewertungsausschuss hat in seiner 31. Sitzung zum 1. Januar 2019 die Aufnahme der ärztlichen Zweitmeinung in den EBM beschlossen. Wir haben hierüber bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, informiert. Die Leistungen im Zweitmeinungsverfahren müssen gemäß den Nummern 4.3.9.1 bis 4.3.9.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM eingriffsspezifisch gekennzeichnet werden. Die offene Frage zur Kennzeichnung der Gebührenordnungspositionen konnte zwischenzeitlich geklärt werden.

Indikationsstellender Arzt

Der indikationsstellende Arzt kann für die Aufklärung und Beratung zum Anspruch der/des Versicherten auf ärztliche Zweitmeinung eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) abrechnen.

Neu: GOP 01645 – Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushängung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß Paragraf 6 Absatz 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren

EBM-Bewertung: 75 Punkte
 Preis B€GO: 8,12 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Derzeit ist das Zweitmeinungsverfahren nur für die Tonsillotomie/Tonsillektomie und die totale oder subtotale Hysterektomie vorgesehen, sodass die GOP

01645 nur von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde beziehungsweise von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig ist.

- Aushändigung des Informationsblatts des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren
- Hinweis: Maligne Erkrankungen bei den benannten Eingriffen sind vom Zweitmeinungsverfahren explizit ausgenommen.

Notwendige Kennzeichnung der GOP 01645

Die Gebührenordnungsposition 01645 ist bei der Abrechnung bundeseinheitlich eingriffsspezifisch zu kennzeichnen, um eine extrabudgetäre Vergütung der Leistung zu gewährleisten.

- Von **Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** ist im **Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Mandel-OP** die abgerechnete GOP 01645 mit dem Buchstaben „A“ (GOP 01645A) in der Abrechnung zu kennzeichnen.
- Von **Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** ist im **Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Gebärmutterentfernung** die abgerechnete GOP 01645 mit dem Buchstaben „B“ (GOP 01645B) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Zweitmeiner

Ärzte, die Zweitmeinungen abgeben wollen (Zweitmeiner), benötigen eine KV-Genehmigung. Diese kann bei der KVB beantragt werden.

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte benötigen nach Erhalt der Genehmigung

zusätzlich eine Ermächtigung, die extra beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss.

Für die ärztliche Zweitmeinung kann beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (gilt auch für ermächtigte Fachärzte) einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann der Zweitmeiner diese selbst durchführen oder veranlassen. Die Notwendigkeit muss medizinisch begründet werden (Feldkennung 5009 = freier Begründungstext). Handelt es sich um genehmigungspflichtige Leistungen (zum Beispiel Sonographie), müssen zusätzlich die entsprechenden leistungsbezogenen KV-Genehmigungen vorliegen, um die Leistungen abrechnen zu können.

Notwendige Kennzeichnung durch den Zweitmeiner beziehungsweise beauftragten Arzt

Die zur ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Gebührenordnungspositionen sind eingriffsspezifisch zu kennzeichnen:

- Kennzeichnen Sie bitte den Abrechnungsschein, auf dem Sie die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens berechnen, mit der zutreffende Kennzeichnungsnummer (Feldkennung 5001 = GNR), siehe Tabelle). Nur so können wir gewährleisten, dass Ihnen diese Leistungen extrabudgetär vergütet werden.
- Bei gegebenenfalls durchgeführten ergänzenden Untersuchun-

Kennzeichnungs-Nr.	Indikation
88200A*	Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Mandel-OP
88200B*	Zweitmeinungsverfahren bei bevorstehender Gebärmutterentfernung

gen, wie zum Beispiel Sonographie, muss deren medizinische Notwendigkeit zusätzlich begründet werden (Feldkennung 5009 = freier Begründungstext).

- Sollten Sie bei dem Versicherten in demselben Quartal noch andere Untersuchungsleistungen, die nicht mit der ärztlichen Zweitmeinung in Zusammenhang stehen, erbringen, rechnen Sie diese bitte auf einem separaten Abrechnungsschein (ohne Angabe der Kennzeichnungsnummer) ab.
- Wenn Sie im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens ergänzende Untersuchungen veranlassen müssen (zum Beispiel Laboruntersuchungen), vermerken Sie bitte auf dem jeweiligen Laborauftragsschein (Muster 10) oder Überweisungsschein (Muster 6), dass es sich um Untersuchungsleistungen im Zusammenhang mit einem Zweitmeinungsverfahren handelt und geben Sie zusätzlich die eingriffsspezifische Kennzeichnungsnummer 88200A beziehungsweise 88200B an. Der auftragsausführende Arzt kann so die entsprechende Kennzeichnungsnummer 88200A beziehungsweise 88200B in seine Abrechnung (Feldkennung 5001 = GNR) übernehmen, damit auch ihm die veranlassten Untersuchungsleistungen extrabudgetär vergütet werden.

Nähere Informationen zum Zweitmeinungsverfahren, zu Kontaktdaten von Zweitmeinern, den Gebührenordnungspositionen, den Abrechnungsvoraussetzungen, der Genehmigungserteilung sowie den Antragsformularen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/„Z“/Zweitmeinungsverfahren*.

* Wenn die Kennzeichnungs-Nr. 88200A und 88200B gegebenenfalls noch nicht in der Datenlieferung für das Quartal 1/2019 enthalten sind, müssen diese im jeweiligen Softwaresystem manuell erfasst 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

Herzschrittmacherkontrollen – Neubewertung ab 1. Januar 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019 noch rückwirkend zum 1. Januar 2019 die Bewertungen der konventionellen und telemedizinischen Funktionsanalysen von Schrittmachersystemen angehoben. Im Zusammenhang mit der Bewertungsänderung wurden auch die Prüfzeiten der Leistungen in Anhang 3 zum EBM angepasst.

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

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	Beschreibung	Bewertung alt in Punkten	Bewertung neu in Punkten	Prüfzeit neu
04411	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	347	396 (42,86 Euro)	9
04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	641	732 (79,22 Euro)	17
04414	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	641	732 (79,22 Euro)	17
04415	Funktionsanalyse CRT	789	901 (97,51 Euro)	22
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	789	901 (97,51 Euro)	22
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	189	216 (23,38 Euro)	9
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	350	400 (43,29 Euro)	17
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	350	400 (43,29 Euro)	17
13575	Funktionsanalyse CRT	431	492 (53,25 Euro)	22
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	431	492 (53,25 Euro)	22

DMP Brustkrebs: Liste Psychotherapeuten

Ein wichtiges Ziel des Disease Management Programms (DMP) Brustkrebs ist die Bereitstellung eines strukturierten psychotherapeutisch und onkologisch orientierten Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebots, um die psychischen Auswirkungen der Krebserkrankung der Patientinnen zu lindern. Für koordinierende Ärzte, die am DMP Brustkrebs teilnehmen und Psychotherapeuten für die psychoonkologische Unterstützung ihrer Patientinnen suchen, haben wir unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/DMP/Teilnahme* eine Liste mit Namen und Adressen im geschützten Mitgliederbereich unter „Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten“ eingestellt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78

Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98

E-Mail info-dmp@kvb.de

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Zielgruppe

Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Inhalt

Die Vereinbarkeit von Familie und Praxis stellt eine besondere Herausforderung dar. Die KVB unterstützt Sie hierbei durch besondere Regelungen, die die familiäre Situation berücksichtigen. Dieses Semi-

nar behandelt diese und weitere Fragen und zeigt Ihnen praktikable Lösungsmöglichkeiten auf.

Themenschwerpunkte

- Wie wird Kindererziehung berücksichtigt?
- Kann ich mich zur Entlastung vertreten lassen oder einen Sicherstellungsassistenten anstellen?
- Kann ich mich vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst befreien lassen?

- Kann ich mit pflegebedürftigen Angehörigen meinen Versorgungsauftrag reduzieren?

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten

15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
26. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
18. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB
9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg/KVB
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
4. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Zielgruppe

Praxisinhaber

Inhalt

Mit der Einarbeitung neuer Mitarbeiter werden die Weichen für die künftige Zusammenarbeit gestellt. Wie kann es gelingen, diese Zusammenarbeit auf „Erfolg“ zu programmieren? Es beginnt bei der Analyse der Erwartungen auf beiden Seiten und mündet in der Frage, was neue Mitarbeiter benötigen, um ihre Leistungen einbringen und sich zu einer wirklichen Stütze im Team weiterentwickeln zu können. Was bringt die/der Neue mit? Was kann man voraussetzen? Wie schaffen wir Klarheit?

In diesem Seminar geht es um die eigene Haltung, die eine schnelle erfolgreiche Einbindung neuer Mitarbeiter ermöglicht. Darüber hinaus erarbeiten wir ein konkretes Konzept, das Sie bei der Einbindung neuer Mitarbeiter Schritt für Schritt unterstützt. Hierbei stellen wir uns nicht nur der Frage, was das Thema Motivation für eine Rolle spielt, sondern widmen uns auch der unterstützenden Kommunikation während der Einarbeitungsphase sowie erfolgreichen Strategien zur Anleitung konkreter Aufgaben.

Themenschwerpunkte

- Check-up: Das Profil des neuen Mitarbeiters
- konkret anleiten
- Welche Entscheidungen und Befugnisse begünstigen es, dass

neue Mitarbeiter ihre Leistungen einbringen?

- Das Geheimnis der Zusammenarbeit: Individual- und Praxisziele vereinbaren

Das Seminar ist auch für die Teilnahme von Ärzten, Psychotherapeuten, angestellten Ärzten/Psychotherapeuten ausgerichtet.

Referentin

Tina Greber

Teilnahmegebühr

95,- Euro

Seminar­daten		
8. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
3. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB
8. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Ihre 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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der Praxis

Die Praxis im Internet

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

Fachseminare

Notfalltraining Praxisteam - Vormittag

Notfalltraining Praxisteam

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Informationen und Tipps, wenn Sie als angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig werden wollen

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Mai 2019 29. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	18. Mai 2019 22. Mai 2019	10.00 bis 14.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	5. Juni 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	24. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	25. Mai 2019	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	25. Mai 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	17. Mai 2019 bis 18. Mai 2019	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	18. Mai 2019 18. Mai 2019	9.00 bis 12.45 Uhr 13.30 bis 17.15 Uhr	München München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	15. Mai 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Bayreuth
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	5. Juni 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	29. Mai 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Würzburg
Poolärzte	kostenfrei	6. Juni 2019	17.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	20. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. Mai 2019 29. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München

Themengebiet

Niederlassung & Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Gründer- und Abgeberforum - Psychotherapeuten

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxismanagement

Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen

Erstkraft sein - Rolle und Aufgaben

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Konfliktmanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Praxismarketing als Teamaufgabe

Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen

Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen

Qualitätsmanagement

Ausbildung zum QMB nach QEP®

Einführung in den Arbeitsschutz

QEP® - Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Qualitätszirkel

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel - Ethische Fragen in der Patientenversorgung

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel - Resilienz im Praxisalltag

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Existenzgründer	kostenfrei	18. Mai 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
Existenzgründer	kostenfrei	23. Mai 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	5. Juni 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	17. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	17. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	24. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Mai 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	15. Mai 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	24. Mai 2019 bis 25. Mai 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	5. Juni 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	17. Mai 2019 bis 18. Mai 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	24. Mai 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	15. Mai 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Mai 2019 22. Mai 2019	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	München Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. Mai 2019 4. Juni 2019	10.00 bis 13.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg Augsburg

KVBIINFOS 06|19

ABRECHNUNG

- 86 Die nächsten Zahlungstermine
- 86 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019

VERORDNUNG

- 88 Keine Verschreibungspflicht für Diclofenac, Hydrocortison, Levocetirizin
- 88 FAQ zur Krankenbeförderung
- 89 FAQ zu Sprechstundenbedarf
- 89 Sprechstundenbedarf – Einlegeblätter
- 89 FAQ zu Impfungen
- 90 Impfung gegen Herpes Zoster verordnungsfähig
- 90 Kontrazeptiva: Verordnungsfähigkeit
- 90 Retinoid-haltige Arzneimittel
- 91 Trastuzumab Biosimilar
- 91 Spacer für Dosieraerosole: Verordnungsfähigkeit

ALLGEMEINES

- 92 Neuer Vertrag „Hallo Baby“

SEMINARE

- 94 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 95 Seminar des Monats für nichtärztliches Praxispersonal
- 96 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

31. Oktober 2019

Restzahlung 2/2019

11. November 2019

Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019

Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2019 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Juli 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist

aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits

verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Keine Verschreibungspflicht für Diclofenac, Hydrocortison, Levocetirizin

Gemäß der Arzneimittelverschreibungsverordnung fallen seit 1. April 2019 einige Diclofenac-, Hydrocortison- und Levocetirizinhaltige Arzneimittel nicht mehr unter die Verschreibungspflicht.

Achtung – Switchinggefahr bei Levocetirizin!

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegen für einen Wirkstoff beziehungsweise innerhalb einer Wirkstoffklasse sowohl verschreibungspflichtige als auch verschreibungsfreie Präparate vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein“.

Ausnahmen ergeben sich nur, wenn das verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für die das apothekenpflichtige Präparat nicht zugelassen ist oder falls die apothekenpflichtigen Arzneimittel keinen ausreichenden Therapieerfolg bringen. Hier kann im Einzelfall auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

Es ist unserer Ansicht nach sinnvoll, in der Patientenakte gegebenenfalls die Notwendigkeit eines rezeptpflichtigen Präparats gut zu begründen, beziehungsweise gründlich zu dokumentieren, dass der Therapieversuch mit apothekenpflichtigen

Arzneimitteln nicht erfolgreich war, um für den Fall eines Prüfantrags gewappnet zu sein.

Ausführliche Informationen zu den oben genannten Wirkstoffen (Verordnung Aktuell „Aus der Verschreibungspflicht entlassen: Diclofenac, Hydrocortison, Levocetirizin“ vom 9. April 2019) und einer Switchinggefahr (Verordnung Aktuell „Switching – das Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Präparate kann unwirtschaftlich sein“ vom 10. April 2019).

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 zur Krankenförderung

Die FAQ zur Krankenförderung wurden um Antworten zu folgenden Fragen ergänzt:

- Darf ich pauschal eine Serienverordnung beispielsweise für ein Jahr ausstellen?
- Mein Patient muss zu einem Facharzt. Er bekommt aber beim nächstgelegenen Facharzt keinen Termin. Wie verhalte ich mich?
- Ist es richtig, dass meine Patienten mit Pflegestufe und/oder Schwerbehinderung keine Genehmigung mehr einholen müssen?

Die Antwort auf die Frage „Kann eine Krankenförderung zur Kurzzeitpflege verordnet werden?“ wurde neu formuliert: „Eine Krankenförderung darf nur verordnet werden, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse, zum Beispiel „Pfleheim zur Arztpraxis“, zwingend notwendig ist. Nicht verordnungsfähig sind Krankenförderungen zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, beispielsweise Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim.“

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 Sprechstundenbedarf

In einer FAQ-Liste beantworten wir die häufigsten Fragen rund um das Thema Sprechstundenbedarf. Sie finden die Veröffentlichung unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf*.

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

Sprechstundenbedarf – Einlegeblätter

In unserer Verordnung Aktuell vom 7. Mai 2019 fassen wir alle Änderungen/Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung seit Januar 2016 zusammen.

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 Impfungen

Die Frage „Darf ich im Verletzungsfall gegen Tetanus impfen?“ wurde um folgenden Hinweis ergänzt: „Handelt es sich um einen Schulweg- oder Berufsunfall übernimmt der Unfallversicherungsträger die TdaP-Impfung. Der Impfstoff muss in der Praxis vorrätig gehalten werden (keine Verordnung!). Die Leistung und den Impfstoff rechnen Sie direkt mit dem Unfallversicherungsträger ab.“

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

Impfung gegen Herpes Zoster verordnungsfähig

Die Impfung gegen Herpes zoster (adjuvantierter Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff) ist für

- Personen ab einem Alter von 60 Jahren (Standardimpfung) sowie für
- Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung ab einem Alter von 50 Jahren (Indikationsimpfung)

eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Schutzimpfungs-Richtlinie wurde entsprechend ergänzt.

Bitte verordnen Sie den adjuvantierten Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff auf den Namen Ihres Patienten (Muster 16; rosa Kassenrezept). Eine Verordnung über Sprechstundenbedarf ist nicht möglich.

Eine ausführliche Information finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen*.

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

Kontrazeptiva: Verordnungsfähigkeit

Seit 1. April 2019 haben Patientinnen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Konkret heißt das bis einen Tag vor dem 22. Geburtstag der Patientin. Ebenfalls besteht ein Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva (sogenannte „Pille danach“), soweit sie ärztlich verordnet werden.

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

Retinoid-haltige Arzneimittel

Mit der Aktualisierung der Arzneimittelverschreibungsverordnung darf die Höchstmenge der Verschreibungen von oral anzuwendenden Arzneimitteln, die die Wirkstoffe Acitretin, Alitretinoin oder Isotretinoin enthalten, für Frauen im gebärfähigen Alter je Verschreibung den Bedarf für 30 Tage nicht übersteigen.

Verschreibungen von Retinoid-haltigen Arzneimitteln sind für Frauen im gebärfähigen Alter bis zu sechs Tagen nach dem Tag ihrer Ausstellung gültig. Nach wie vor sind Retinoid-haltige Arzneimittel auf dem normalen Kassenrezept (Muster 16) zu verordnen.

In diesem Zusammenhang wurde das Verordnung Aktuell „Gültigkeit von Verordnungen – Gesetzliche Krankenversicherung“ am 15. April 2019 aktualisiert.

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

Trastuzumab Biosimilar

Seit Sommer 2018 stehen Biosimilars zu dem Wirkstoff Trastuzumab – Erstanbieter-Handelsname Herceptin® – in Deutschland zur Behandlung von Patienten mit HER-2-positivem Brustkrebs sowie HER-2-positiven, metastasierten Adenokarzinomen des Magens oder gastroösophagealen Übergangs zur Verfügung.

Bei der Verordnung von Biosimilars lassen sich Einsparpotenziale generieren, die Patienten an anderer Stelle zugutekommen können. Die möglichen Einsparungen belaufen sich auf eine für den Biosimilar-Markt insgesamt noch überschaubare Größenordnung von knapp 90 Euro pro 150 mg Packung. Dies ist damit eine Kosteneinsparung von maximal zehn Prozent gegenüber dem Originator und liegt deutlich unter den aus der Rheumatologie bekannten Einsparpotenzialen von zuletzt 40 Prozent beim Adalimumab-Biosimilar. Es ist jedoch auch für Trastuzumab zu erwarten, dass der Wettbewerb zu weiteren Preissenkungen führen wird. Darüber hinaus bieten zahlreiche Rabattverträge, die viele Biosimilar-Hersteller mit zahlreichen Krankenkassen geschlossen haben, Kosteneinsparmöglichkeiten. Deshalb empfehlen wir, diese zusätzlich zu berücksichtigen.

Zu der subkutanen Anwendungsform, die teurer als die intravenöse ist und keine Zulassung für das metastasierte Magenkarzinom hat, wird es in der näheren Zukunft keine Biosimilars geben.

Bei etwas über 567.000 verordneten DDD im Jahr 2018, ergäben sich bei gleichbleibendem Ordnungsverhalten jährlich Einsparungsmöglichkeiten von fast sieben Millionen Euro.

In unserer Verordnung Aktuell vom 27. März 2019 finden Sie eine Übersicht über alle Trastuzumab-Arzneimittelpräparate ohne Reimporte.

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

Spacer für Dosieraerosole: Verordnungsfähigkeit

Das Verordnung Aktuell mit dem Titel „Verordnungsfähigkeit von Spacern für Dosieraerosole“ wurde um einen Hinweis auf die nationale VersorgungsLeitlinie ergänzt: „Bei Kindern bis sechs Jahre betrachtet die Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma die Anwendung einer Inhalierhilfe (Spacer) als prinzipiell geeignetes Inhalationssystem.“

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

Neuer Vertrag „Hallo Baby“

Die KVB ist dem am 1. Februar 2019 in Kraft getretenen Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß Paragraf 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen beigetreten, dessen Leistungen **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin** zum 1. Juli 2019 abrechnen können. Die Teilnahme am Vertrag können diese zum 1. Mai 2019 erklären. Der Vertrag wurde auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der BKK-Kooperationsgemeinschaft, der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (AG Vertragskoordination) und der Berufsverbände der Frauenärzte e. V. (BVF) sowie Deutscher Laborärzte e. V. (BDL) geschlossen.

„Hallo Baby“ verfolgt mit seinem Versorgungsprogramm folgende Ziele:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Versorgung schwangerer Frauen durch patientenorientierte Kommunikation
- Förderung der Früherkennung von Infektionen in allen drei Phasen der Schwangerschaft
- Senkung der Frühgeburtenrate
- Senkung der Komplikationsrate bei Müttern und Neugeborenen

Teilnahmeberechtigt sind:

- **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:**
Voraussetzung zur Erbringung der Laborleistungen: O-III Laborgenehmigung (definierte Voraussetzungen gemäß Speziallaborgenehmigung Paragraf 135 Absatz 2 SGB V)
- **Fachärzte für Laboratoriumsmedizin**

Vergütung

Um die Vergütung für die erbrachten Leistungen zu erhalten, müssen

Sie die jeweilige Abrechnungsziffer in der Quartalsabrechnung aktiv ansetzen (siehe Tabelle).

An dem Programm „Hallo Baby“ können alle schwangeren Versicherten, die einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse (BKKen) angehören, teilnehmen. Die Einschreibung erfolgt beim teilnehmenden Frauenarzt.

Teilnehmende Krankenkassen

actimonda krankenkasse, atlas BKK alhmann, Audi BKK, BKK 24, BKK Achenbach Buschhütten, BKK Akzo Nobel Bayern, BKK BPW Bergische Achsen KG, BKK Deutsche Bank AG, BKK_Dürrkopp Adler, BKK EWE, BKK exklusiv, BKK Freudenberg, BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, BKK Grillo-Werke AG, BKK Groz-Beckert, BKK HENSCHEL Plus, BKK Herford Minden Ravensburg, BKK Herkules, BKK MAHLE, BKK Miele, BKK Mobil Oil, BKK

Leistung	Vergütung	GOP
Einschreibung mittels der Teilnahmeerklärung für Versicherte durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Zeitpunkt: ab Feststellung der Schwangerschaft)	10,- Euro	81310
Technische und administrative Leistungen im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests	10,- Euro	81311
Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests	20,- Euro	81312
Infektionsscreening (Zeitpunkt: 13. bis 20 Schwangerschaftswoche)	20,- Euro	81313
Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich zum Nachweis auf Streptokokken B (Zeitpunkt: 35. bis 37. Schwangerschaftswoche)	17,- Euro	81314
Laborbefundung		
Durchführung des Toxoplasmosesuchtests (Zeitpunkt: ab Feststellung der Schwangerschaft nach Übersendung aus der Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	12,- Euro	81315
Durchführung Streptokokken B-Test (Zeitpunkt: 35. bis 37. Schwangerschaftswoche)	10,- Euro	81316

MTU, BKK PFAFF, BKK Pfalz, BKK ProVita, BKK Public, BKK PwC, BKK Rieker*RICOSTA*Weisser, BKK RWE, BKK Salzgitter, BKK SBH, BKK Scheufelen, BKK Stadt Augsburg, BKK Technoform, BKK Textilgruppe Hof, BKK VBU, BKK VDN, BKK Verbund Plus, BKK Wirtschaft & Finanzen, BKK Würth, BKK ZF & Partner, Continentale BKK, Debeka BKK, energie BKK, Ernst & Young BKK, Heimat Krankenkasse, KARL MAY-ER Betriebskrankenkasse, Koenig & Bauer BKK, KRONES BKK, mhplus BKK, Novitas BKK, pronova BKK, R+V BKK, SIEMAG BKK, SKD BKK, Südzucker BKK, Thüringer Betriebskrankenkasse – TBK, TUI BKK, Wieland BKK, WMF BKK

Die aktuell am „Hallo Baby“-Vertrag teilnehmenden Krankenkassen können Sie jederzeit auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „H“/Hallo Baby* einsehen. Hier finden Sie auch alle weiteren Informationen und Formulare zum Download.

Wichtig: Sie müssen sich als Arzt einschreiben und auch Ihre Patientinnen eine Teilnahme- und Einverständniserklärung unterzeichnen lassen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 43 37
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02
 E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Zielgruppe

Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte/Psychotherapeuten

Inhalt

Auch für ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht eine Vielzahl komplexer Bestimmungen und Regelungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung.

In diesem Seminar erhalten Sie einen Überblick über die Sie betreffenden Regelwerke, Neuerungen und die Auswirkung auf Ihre tägliche Arbeit.

Themenschwerpunkte

- Besonderheiten, die im Hinblick auf das Sprechstundenangebot und die Vertretung zu beachten sind
- Wie können Sie kooperieren? Von Assistenten, Anstellungen und Partnerschaften
- Dürfen Psychotherapeuten Verordnungen und Überweisungen ausstellen?
- Dürfen Psychotherapeuten Hausbesuche durchführen?

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten

15. Juli 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB
22. Oktober 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	München/KVB
26. November 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Würzburg/KVB

Seminar des Monats für nichtärztliches Praxispersonal

Start-Up: Ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Inhalt

Das Berufsbild einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist vielfältig und spannend. Neben medizinischem Fachwissen sind auch soziale und persönliche Kompetenzen gefordert. Nutzen Sie diesen Workshop, um für einen erfolgreichen Start ins Berufsleben die richtigen Weichen zu stellen.

Ziele des Seminars

- Von Anfang an ein wertvolles Teammitglied sein

- Selbstvertrauen und persönliche Reife entwickeln
- Verantwortung übernehmen und Eigenmotivation entwickeln
- Kommunikative Kompetenz im Kontakt mit anderen (Vorgesetzte, Kolleginnen, Patienten)
- „Richtig“ lernen: Lernformen und Veränderungsbereitschaft

Themenschwerpunkte

- „Basisqualifikationen“ einer MFA
- Korrekte Umgangsformen in der Praxis gegenüber Praxisinhaber, Kollegen und Patienten
- Grundlagen der Gesprächsführung
- Stärkenanalyse: Was zeichnet mich aus?

- Die passende Form des Lernens finden, um Neues optimal zu verankern
- Der „besondere“ Platz im Team: Meine „Rolle“ als neues Teammitglied
- Stolpersteine und Herausforderungen meistern: mit Kritik und Fehlern umgehen

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

95,- Euro

Seminardaten		
26. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB

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

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

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

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Operative und Belegärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Einsteiger

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Datenschutz

Datenschutz in der psychotherapeutischen Praxis

DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

Fachseminare

Adipositas - Prävention und Therapie

Notfalltraining für das Praxisteam - Vormittag

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

IT & Online

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Die Praxis im Internet

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		16. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	26. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	5. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		19. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	4. Juli 2019	19.00 bis 22.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	29. Juni 2019	9.30 bis 15.45 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	12. Juli 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	19. Juli bis 20. Juli 2019	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	6. Juli 2019	9.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	100,- Euro	13. Juli 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	100,- Euro	19. Juli 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. Juli 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	45,- Euro	28. Juni 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	29. Juni 2019	9.00 bis 12.45 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	26. Juni 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Straubing
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	17. Juli 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Poolärzte	kostenfrei	4. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	3. Juli 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	17. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	3. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

Themengebiet

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Informationen und Tipps, wenn Sie als angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig werden wollen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft - für Psychotherapeuten

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Niederlassung & Praxisabgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxisführung

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxismanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Gekonnter Umgang mit der Doppelbelastung „Beruf und Familie“

Konfliktmanagement

Sicher bei der Terminvergabe

Souverän im Praxisumfeld tätig sein

Start-Up: Ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Telefontraining für die Praxis

Umgang mit aggressivem Verhalten in der Praxis

Wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Kollegen

Qualitätsmanagement

QEP® - Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel - Ethische Fragen in der Patientenversorgung

Regionales Moderatorentreffen: Neue Herausforderungen in der Mitarbeiterführung

Patienteninformation: Wie informiere ich den Patienten? QEP-Allgemein für die junge Praxis & Refresher

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Verordnungen I - Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	29. Juni 2019 10. Juli 2019	10.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Juli 2019	17.00 bis 21.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Existenzgründer	kostenfrei	29. Juni 2019 6. Juli 2019	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth München
Praxisinhaber	kostenfrei	15. Juli 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	3. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	12. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Juli 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	26. Juni 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	3. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	8. Juni 2019	9.30 bis 13.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	10. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	5. Juli bis 6. Juli 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	13. Juli 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren	kostenfrei	10. Juli 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
QZ-Moderatoren	kostenfrei	3. Juli 2019	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. Juli 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Nichtärztliches Praxispersonal	kostenfrei	16. Juli 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Würzburg

KVBIINFOS

07|19
08|20

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019
- 104 Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): Beschluss der Vertreterversammlung am 5. Juni 2019 zur Honorarverteilung
- 105 EBM: Berechnungsfähigkeit des Harnstreifentests
- 105 Mutterschafts-Richtlinien: Urinsediment gestrichen
- 106 Berechnungshäufigkeit bei obligaten Leistungsinhalten
- 106 Zervixkarzinom-Screening: Geänderte Untersuchungsintervalle
- 107 GOP 13250: Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung
- 108 FARKOR: Vergütung angehoben
- 108 Richtlinienpsychotherapie: Beginn erst nach Bewilligung

VERORDNUNG

- 109 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 110 Impfung gegen Herpes Zoster: Ergänzung

ALLGEMEINES

- 110 PETRA: Projektstart am 15. Mai 2019

SEMINARE

- 112 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

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

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 2/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 2. Quartal 2019 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Juli 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:
Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

Die Einreichung der Sammelerklärung an die KVB in Papierform ist

aufgrund der erforderlichen Originalunterschrift(en) weiterhin notwendig.

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits

verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): Beschluss der Vertreterversammlung am 5. Juni 2019 zur Honorarverteilung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das zum 11. Mai 2019 in Kraft getreten ist, will der Gesetzgeber für Patienten schnellere Arzttermine erreichen und gewährt dafür Vergütungsanreize für die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die durch das TSVG eingeführten neuen Vergütungstatbestände und die damit einhergehenden Bereinigungen haben Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) erforderlich gemacht. Die HVM-Änderungen wurden von der Vertreterversammlung der KVB am 5. Juni 2019 beschlossen und gelten ab dem Quartal 3/2019.

Die Änderungen betreffen dabei alle Ärzte, für die eine Obergrenze aus RLV und QZV gilt. Für die Fachgruppen der Radiologen und der Nuklearmediziner gibt es daneben noch fachgruppenspezifische Änderungen beim QZV MRT.

Zusammenfassung der Änderungen:

I. Änderung der RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung

Bei der Zählung von Behandlungsfällen gilt ein Fall, in dem ausschließlich extrabudgetäre Leistungen aufgrund des TSVG erbracht werden, in der Honorarverteilung als sogenannter „TSVG-Fall“ – im Gegensatz zu einem „RLV-Fall“, der für die Ermittlung der Obergrenze relevant ist.

Um festzustellen, ob die Voraussetzungen für eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) vorliegen, wurden bisher die RLV-Fälle des Vorjahresquartals mit den RLV-Fällen des aktuellen Quartals verglichen. Hatte eine Fachgruppe in einem Quartal ihre RLV-Fälle um mehr als drei Prozent gesteigert und hatte

auch ein Arzt seine Fälle um mehr als drei Prozent gesteigert, griff in diesem Quartal eine Fallzahlzuwachsbeschränkung. Mit Inkrafttreten des TSVG ist davon auszugehen, dass die Zahl der durch das TSVG bedingten neuen Fälle (= TSVG-Fall) steigt, die Zahl der RLV-Fälle dagegen abnimmt.

Daher wurde der HVM so angepasst, dass die TSVG-Fälle jeweils für ein Jahr im Rahmen der FZZB mitberücksichtigt werden:

- Für die Feststellung und die Folge des Fallzahlzuwachses wird auf die Fallzahl aus TSVG-Fällen und RLV-Fällen abgestellt.
- Für die Festlegung der Obergrenze ist dann wieder die gegebenenfalls begrenzte RLV-Fallzahl maßgeblich.

Wie bisher werden gegebenenfalls erforderliche Begrenzungsmaßnahmen ausführlich in den Honorarunterlagen aufgeschlüsselt. Bei Fragen können Sie sich gerne an unsere Telefon- und Präsenzberater wenden.

II. Änderung der Fallzahlzuwachsbeschränkung im QZV MRT für Radiologen und Nuklearmediziner

Die unter I. beschriebenen Änderungen gelten für die Fallzahlzuwachsbeschränkung im QZV MRT mit den bekannten Modifikationen entsprechend. Damit werden auch bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung im QZV MRT die TSVG-Fälle mitgezählt:

- Für die Feststellung und die Folge des Fallzahlzuwachses wird auf die Fallzahl aus TSVG-Fällen und QZV MRT-Fällen abgestellt.
- Für die Festlegung der Obergrenze ist dann wieder die gegebenenfalls begrenzte QZV-MRT-Fallzahl maßgeblich.

III. Regelung für gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Bereinigung der Obergrenze

Grundsätzlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass neben den oben beschriebenen Mechanismen zusätzliche Bereinigungsmaßnahmen notwendig werden. Dies könnte zum Beispiel der Fall sein, wenn es zu einer starken Zunahme an sogenannten „Mischfällen“ kommt. Darunter sind Fälle zu verstehen, in denen im Behandlungsfall neben extrabudgetären TSVG-Leistungen gleichzeitig ein RLV-Fall ausgelöst wird.

Der HVM sieht deshalb ab Quartal 3/2019 vor, dass in diesem Fall eine praxisindividuelle Bereinigung der Obergrenze erfolgen kann. Dies kann zum Beispiel durch das Absenken der Obergrenze im aktuellen Quartal erfolgen – je nach Anteil der erbrachten extrabudgetären Leistungen.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19*. Dort finden Sie auch die Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“.

Den HVM-Text finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*. Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung (KBV-Vorgaben) zu beachten.

EBM: Berechnungsfähigkeit des Harnstreifentests

Diese werden von der KBV im Internet unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen veröffentlicht. Sie finden direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen Link auf die Internetseite der KBV.

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

Im Rahmen der Neuerungen bei der Gesundheitsuntersuchung (Check-up) zum 1. April 2019 ergaben sich auch Änderungen in der Abrechnung des kurativen Harnstreifentests (Urin-Stix). Wir berichteten hierüber bereits in den KVB INFOS 5/2019.

Der kurative Harnstreifentest kann nicht mehr über die orientierende Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 32030 berechnet werden. Er ist nun über die folgende Gebührenordnungsposition berechnungsfähig:

GOP 32033 – Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht und Ketonkörper gegebenenfalls einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung

EBM-Bewertung 0,50 Euro

Die Gebührenordnungsposition 32030 kann weiterhin für andere orientierende Untersuchungen abgerechnet werden, wie zum Beispiel Osmolalitätsuntersuchungen mit Teststreifen oder andere Schnelltests auf der Basis vorgefertigter Testträger (beispielsweise Antigen-Schnelltest auf B-Streptokokken), für die es keine eigenständige Leistungspositionen im EBM gibt. Für den präventiven Harnstreifentest im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ist nach wie vor die Gebührenordnungsposition 32880 berechnungsfähig.

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

Mutterschafts-Richtlinien: Urinsediment gestrichen

Die routinemäßigen Untersuchungen des Urinsediments auf asymptomatische Bakteriurie bei Schwangeren wurde mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 22. März 2019 aus der Mutterschafts-Richtlinie gestrichen. Der Beschluss trat am 28. Mai 2019 in Kraft.

Es konnte keine ausreichende Evidenz für den Nutzen eines Screenings auf asymptomatische Bakteriurie, ermittelt durch eine Kultur aus Mittelstrahlurin, gefunden werden. In Deutschland wurde im Praxisalltag das Urinsediment zunehmend durch Untersuchungen mittels Papierstreifentests ersetzt. Bei begründetem Verdacht, beispielsweise bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Zustand nach Frühgeburt oder erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege, können wie bisher bakteriologische Urinuntersuchungen durchgeführt werden. Weiterhin Bestandteil der Richtlinie ist die regelmäßige Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker - im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die „Mutterschafts-Richtlinie“ auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/richtlinien>.

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

Berechnungshäufigkeit bei obligaten Leistungsinhalten

Sind die obligaten Bestandteile eines Leistungskomplexes mit „und/oder“ verknüpft, ist der Komplex insgesamt **nur einmal berechnungsfähig**. Dies gilt unabhängig davon, ob nur eine oder mehrere der mit „und/oder“ verknüpften Leistungsbestandteile im Rahmen der Untersuchung erbracht werden.

Die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse nach den Gebührenordnungspositionen 04536, 13661, 13256 und 36884 sowie die Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie nach GOP 13310 sind daher nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Bitte achten Sie darauf, die von Ihnen erbrachten Leistungen ordnungsgemäß abzurechnen, damit Ihnen keine finanziellen Nachteile entstehen.

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

Zervixkarzinom-Screening: Geänderte Untersuchungsintervalle

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufnahme der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs als zweites Programm in die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschlossen. Der Beschluss tritt am 1. Juli 2019 in Kraft und das entsprechende Einladungsverfahren durch die Krankenkassen startet voraussichtlich zum 1. Januar 2020. Bis zu diesem Termin haben auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband Zeit, die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu regeln und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die neue Abklärungskoloskopie festzulegen. Bis dahin gelten die bisherigen Regelungen für die Zytologie nach der jetzigen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL).

Wir möchten Ihnen nachfolgend schon frühzeitig die wesentlichen Änderungen der G-BA Richtlinien darstellen. Sobald uns mehr Informationen über die Änderungen im EBM und zur Qualitätssicherung vorliegen, werden wir Sie selbstverständlich hierüber informieren.

Was ändert sich ab Januar 2020?

- **Frauen zwischen 20 und 34 Jahren** können – wie bisher – **einmal jährlich eine zytologische Untersuchung mittels des sogenannten Pap-Tests** (Papanicolaou-Abstrich, Zellabstrich vom Gebärmuttermund) wahrnehmen.
- **Frauen ab dem Alter von 35 Jahren** haben – statt der derzeitigen jährlichen zytologischen Untersuchung – zukünftig **alle drei Jahre Anspruch auf eine Kombinationsuntersuchung (Ko-Testung)**, bestehend aus

Pap-Abstrich und einem Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV-Test).

- Die zytologische Untersuchung kann **künftig als konventioneller Abstrich oder mittels Dünnschichtverfahren** durchgeführt werden. Bei auffälligen Screeningbefunden können der Abstrich und/oder der HPV-Test wiederholt werden. Möglich ist auch eine Abklärungskoloskopie, die als neue Leistung im Rahmen der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs eingeführt wird.
- **Unabhängig vom Screening** können Frauen ab dem Alter von 20 Jahren weiterhin **jährlich die klinische gynäkologische Untersuchung** in Anspruch nehmen. Die Inhalte der klinischen Untersuchung (ohne Zytologie) gemäß KFE-RL bleiben unverändert.

Einladung und Information

Das Programm sieht vor, dass die Krankenkassen anspruchsberechtigte Frauen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren alle fünf Jahre zur Untersuchung einladen. Mit der Einladung werden die Patientinnen ausführlich über die Vor- und Nachteile einer Früherkennungsteilnahme, über den Untersuchungsablauf und über die vorgesehene Datenverarbeitung informiert.

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können von den Frauen aber auch unabhängig von den Anschriften der Krankenkassen und über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden.

Programmevaluation

Es ist vorgesehen, das Programm regelmäßig zu evaluieren. Die beteiligten Ärzte werden dabei verpflichtet, die Ergebnisse der Screening-

GOP 13250: Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung

Untersuchungen und der Abklärungsdiagnostik elektronisch zu dokumentieren. Die Inhalte der Dokumentation sind in Anlage VII der oKFE-RL festgelegt.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinien auf dessen Internetseite unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/>.

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

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnungsvoraussetzungen der Gebührenordnungsposition 13250 (Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) unterschiedlich sind für Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt. Aus Nr. 3 und 4 der Präambel 13.1 EBM ergeben sich folgende Abrechnungsmöglichkeiten im Arztfall (siehe Grafik).

Demzufolge besteht im Arztfall für Internisten mit Schwerpunkt ein Abrechnungsausschluss zwischen

der Gebührenordnungsposition 13250 und den Gebührenordnungspositionen ihres jeweiligen Schwerpunkts (ohne Grundpauschale) sowie zu den Gebührenordnungspositionen 13400, 13402, 13421, 13422 und 13423, 13571 und 13573 bis 13576. Für Internisten ohne Schwerpunkt gilt der letzter Ausschluss nicht.

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

Internisten mit Schwerpunkt (Präambel 13.1 Nr. 3 EBM)

Gebührenordnungspositionen des jeweiligen Schwerpunkts in den Abschnitten 13.3.1 bis 13.3.8	oder	Grundpauschale des jeweiligen Schwerpunkts + GOP 13250	oder	Grundpauschale des jeweiligen Schwerpunkts + GOP 13400, 13402, 13421, 13422 und 13423, 13571 und 13573 bis 13576
---	------	--	------	--

Internisten ohne Schwerpunkt (Präambel 13.1 Nr. 4 EBM)

Grundpauschale aus Abschnitt 13.2.1 + GOP 13250 + GOP 13360, 13400, 13402, 13421, 13422, 13423, 13435, 13571 und 13573 bis 13576
--

FARKOR: Vergütung angehoben

Seit dem 1. Oktober 2018 ist die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Innovationsfondsprojekts FARKOR – „Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom“ – möglich.

Die Vergütung der EBM-analogen Leistungen in FARKOR ist darin angepasst. Da die Bewertung der für das Projekt relevanten Gebührenordnungspositionen im EBM zum 1. Januar 2019 erhöht wurde, wurde auch die Vergütung der entsprechenden in FARKOR erbrachten Leistungen ab diesem Zeitpunkt angehoben.

Die nun gültigen Vergütungsbeträge pro Leistung sowie weitere Informationen zu FARKOR, wie zur Einschreibung interessierter Ärzte, die Durchführung in der Praxis etc. finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „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

Richtlinienpsychotherapie: Beginn erst nach Bewilligung

Bitte beachten Sie, dass die Richtlinienpsychotherapie erst ab Bewilligung abrechenbar ist.

Bis vor Kurzem wurde von einigen Krankenkassen – auch nach Absprache – akzeptiert, dass Sitzungen der Richtlinienpsychotherapie unmittelbar nach der Antragstellung und vor Eingang der Bewilligung abgerechnet werden konnten, wenn die Therapie nachfolgend genehmigt wurde. Dies geschah auch, um bei akuter Behandlungsbedürftigkeit kurzfristig eine Richtlinienpsychotherapie aufnehmen zu können.

Hierzu hat sich die Verwaltungspraxis nunmehr geändert.

Die Erbringung von Richtlinienpsychotherapien in dem Zeitraum ab Antragstellung bis zur Erteilung der Bewilligung durch die Krankenkasse erfolgte mit dem wirtschaftlichen Risiko für die Therapeuten, dass im Falle einer Antragsablehnung durch die Krankenkasse keine vertragsärztliche Abrechnung erfolgen konnte.

Aufgrund der verbindlichen Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie beziehungsweise der Psychotherapie-Vereinbarung und dazu ergangener Rechtsprechung wurde festgelegt, dass eine Abrechnung von Therapien nach Paragraph 15 Psychotherapie-Richtlinie erst erfolgen kann, nachdem die Bewilligung durch die Krankenkasse beim Therapeuten vorliegt oder die Therapie nach Ablauf der Fristen in Paragraph 33 Absatz 1 Psychotherapie-Richtlinie als genehmigt gilt.

In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass bei akuter Behandlungsbedürftigkeit die Zeit zwischen Antragstel-

lung und Bewilligung gegebenenfalls durch die psychotherapeutische Akuttherapie abgedeckt werden kann, die keiner Genehmigung bedarf, sondern der Krankenkasse lediglich anzuzeigen ist.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zur Anlage IV, Aufhebung des Therapiehinweises zu

- Ezetimib
- Teriparatid

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- AMO™ ENDOSOL™ – Änderung der Befristung auf 1. November 2023
- HYLO®-GEL – Änderung Befristung auf 6. Februar 2024
- Lubricano® – Änderung Befristung auf 12. Januar 2024
- Nebusal® 7% (ehemals Nebusal™ 7%) – Änderung der Befristung auf 23. November 2022
- PädiaSalin® 0,9%“ wird zu „Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia® – Änderung der Produktbezeichnung
- TP SalineFlush™ – Änderung der Befristung auf 29. Januar 2024

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Zur Anlage VII (Teil B), Substitutionsausschlussliste:

- Tacrolimus, Hartkapseln, retardiert

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 1. Quartal 2019 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Binimetinib
- Bosutinib – Aufhebung des Orphan-Drug-Status

- Brivaracetam – neues Anwendungsgebiet: Epilepsie, Patienten von vier bis < 16 Jahre
- Cabozantinib – neues Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, Erstlinie – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Caplacizumab
- Dabrafenib – neues Anwendungsgebiet: Melanom, in Kombination mit Trametinib, BRAF-V600-Mutation, adjuvante Behandlung
- Daratumumab – neues Anwendungsgebiet: neu diagnostiziertes Multiples Myelom
- Daunorubicin/Cytarabin (liposomale Formulierung)
- Encorafenib
- Inotersen
- Ivacaftor
- Lenvatinib – neues Anwendungsgebiet: Hepatozelluläres Karzinom
- Mepolizumab – neues Anwendungsgebiet: Zusatzbehandlung bei schwerem refraktärem eosinophilem Asthma bei Kindern und Jugendlichen im Alter von ≥ 6 bis < 18 Jahren
- Metreleptin
- Nivolumab – neues Anwendungsgebiet: Melanom, adjuvante Behandlung
- Osimertinib – neues Anwendungsgebiet: lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, Erstlinientherapie
- Palbociclib – Neubewertung nach Fristablauf
- Patisiran
- Ribociclib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer bis 1. März 2020
- Sitagliptin – Neubewertung nach Fristablauf
- Tenofovirafenamid – Neubewertung nach Fristablauf
- Tisagenlecleucel – Anwendungsgebiet: diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

- Tisagenlecleucel – Anwendungsgebiet: akute lymphatische B-Zell-Leukämie
- Tofacitinib – neues Anwendungsgebiet: Colitis ulcerosa
- Trametinib – neues Anwendungsgebiet: Melanom, in Kombination mit Dabrafenib, BRAF-V600-Mutation, adjuvante Behandlung
- Vestronidase alfa

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

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

Impfung gegen Herpes

Zoster: Ergänzung

In den KVB INFOS 6/2019 haben wie Sie über die Verordnungsfähigkeit und den Bezugsweg des Impfstoffs gegen Herpes Zoster informiert. Zwischenzeitlich liegt ein Lieferengpass des Herpes Zoster-Einzelimpfstoffs Shingrix® vor. Da Einzelpackungen voraussichtlich erst im Dezember lieferbar und auch die Zehnerpackungen erst ab Juli wieder verfügbar sein sollen, haben KVB und bayerische Krankenkassen vereinbart, dass befristet bis Ende Dezember 2019 Zehnerpackungen über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können.

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

PETRA: Projektstart am 15. Mai 2019

Rheumatoide Arthritis (RA) gehört zu den chronisch-entzündlichen Erkrankungen mit hoher Krankheitslast und erheblichen Einschränkungen in der Lebensqualität. Sie betrifft in Deutschland 0,3 bis ein Prozent der Erwachsenen, wobei Frauen häufiger betroffen sind. Das Projekt PETRA (Personalisierte Therapie bei rheumatoider Arthritis) stützt sich auf den Ansatz der Psychoneuroimmunologie (PNI). Die PNI, ein interdisziplinärer Forschungsbereich der Psychosomatik, beschäftigt sich mit den wechselseitigen Einflüssen psychischer Faktoren auf das Immunsystem und die körperliche Gesundheit. Forschungsergebnisse der PNI belegen den Einfluss von psychischen Belastungen und Stress auf den Krankheitsverlauf von Autoimmunerkrankungen und zeigen auf, dass chronischer Stress und eine verminderte beziehungsweise geringe Selbstkompetenz die chronischen Entzündungsreaktionen der rheumatischen Arthritis aufrechterhalten.

Ziel des Innovationsfondsprojekts PETRA ist die Steigerung der Remissionsrate und ein verbesserter Krankheitsverlauf bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Dies soll mittels eines gruppenbasierten psychotherapeutischen Interventionsprogramms zur Stärkung der individuellen Gesundheits- und Lebenskompetenz erreicht werden. Beim Projekt PETRA arbeiten Hausärzte, Rheumatologen und Psychotherapeuten kollegial zusammen.

Zur Teilnahme sind seit dem 15. Mai 2019 folgende **Fachgruppen** berechtigt:

- zugelassene oder niedergelassene Hausärzte sowie angestellte Hausärzte in den Modellregionen

- zugelassene oder niedergelassene Rheumatologen in den Modellregionen: Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie und angestellte Rheumatologen
- alle in Bayern zugelassenen oder niedergelassenen Vertragsärzte folgender Fachgruppen: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie angestellte Ärzte/Psychotherapeuten der oben genannten Fachgruppen

Aufgrund des Studiendesigns wird das Innovationsfondsprojekt PETRA in den folgenden ausgewählten **Modellregionen** in Bayern umgesetzt:

- Stadtkreis München und Landkreis München
- Stadtkreis Erlangen, Stadtkreis Nürnberg, Landkreis Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim
- Stadtkreis Regensburg
- Stadtkreis Ingolstadt
- Landkreis Rosenheim
- Landkreis Traunstein und Landkreis Altötting
- Landkreis Deggendorf und Landkreis Regen
- Stadtkreis Augsburg und Landkreis Augsburg
- Stadtkreis Würzburg
- Stadtkreis Coburg und Landkreis Lichtenfels
- Stadtkreis Aschaffenburg
- Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen

- Landkreis Fürstenfeldbruck und Landkreis Starnberg
- Landkreis Aichach-Friedberg und Landkreis Neuburg-Schrobenhausen
- Stadtkreis Amberg

Teilnahmeverfahren für die berechtigten Fachgruppen:

Hausärzte

1. Senden Sie einen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag per Fax unter 0 89 / 5 70 93 – 43 98 an die KVB.
2. Absolvieren Sie die Online-Fortbildung „PETRA Hausärzte“ auf CuraCampus (Zugang über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“).
3. Die KVB wählt die Teilnehmer aus (Reihenfolge nach Eingang des Teilnahmeantrags und absolvierter Online-Fortbildung).
4. Die Teilnehmer erhalten eine Teilnahmebestätigung. Sind alle Plätze einer Region vergeben, erhält der Antragsteller eine Information, dass alle Plätze vergeben sind.
5. Mit Erhalt der Teilnahmebestätigung können Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen in das Projekt eingeschrieben werden.

Rheumatologen

1. Senden Sie einen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag per Fax unter 0 89 / 5 70 93 – 43 98 an die KVB.
2. Absolvieren Sie die Online-Fortbildung „PETRA Rheumatologen“ auf CuraCampus (Zugang rechts über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“).
3. Sie erhalten eine Teilnahmebestätigung.

4. Mit Erhalt der Teilnahmebestätigung können Patienten mit rheumatoider Arthritis in das Projekt eingeschrieben werden.

Psychotherapeuten

1. Senden Sie einen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag inklusive Selbstauskunftsbogen per Fax unter 0 89 / 5 70 93 – 43 98 an die KVB.
2. Ein Expertengremium bestehend aus Vertretern des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten e. V. Bayern (bvvp), der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung/Landesgruppe Bayern (DPtV), des Berufsverbands der Präventologen e. V. und der Medizinischen Universität Innsbruck entscheidet in einem Assessment-Verfahren über die 30 Teilnahmeplätze. Zur Durchführung des Assessment-Verfahrens werden Sie von einem Vertreter des Expertengremiums kontaktiert.
3. Die 30 teilnehmenden Psychotherapeuten durchlaufen eine zweitägige Präsenz-Fortbildung. Diese wird durch das Expertengremium durchgeführt. Dort erhalten Sie ausführliche Informationen zum Ablauf und zur Dokumentation des Interventionsprogramms.
4. Nach erfolgreich absolvierter Präsenz-Fortbildung erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung.
5. Das psychotherapeutische Gruppeninterventionsprogramm startet voraussichtlich im September 2019.

Informationen und Unterlagen (wie Teilnahmeantrag) zum Projekt PETRA finden Sie im Intranet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrech-*

nung/Vergütungsverträge/Buchstabe „P“ unter „PETRA“.

Bitte beachten Sie, dass die **Teilnehmerzahlen aufgrund des Studiendesigns begrenzt** sind auf insgesamt 30 Hausärzte und insgesamt 30 Psychotherapeuten.

Folgende **Betriebskrankenkassen** nehmen am Projekt PETRA teil:

actiomonda Krankenkasse, atlas BKK ahlmann, Audi BKK, Bertelsmann BKK, BKK 24, BKK Akzo Nobel -Bayern-, BKK Faber-Castell & Partner, BKK Henschel Plus, BKK Mahle, BKK Mobil Oil, BKK Pfalz, BKK ProVita, BKK Rieker.Ricosta. Weisser, BKK Stadt Augsburg, BKK Textilgruppe Hof, BKK VBU, BKK Verbund Plus, BKK ZF & Partner, BMW BKK, Continentale BKK, DEBEKA BKK, energie-BKK, Heimat Krankenkasse, Koenig&Bauer BKK, Krones BKK, mhplus BKK, pronova BKK, Salus BKK, SBK, SECURVITA BKK und SKD BKK.

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 nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

Informationen zu Qualitäts-

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

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha-Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Fortgeschrittene

DMP

DMP - Asthma - COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Brustkrebs für koordinierende Ärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma-COPD

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP leicht gemacht für DMP-Praxen oder solche, die es werden wollen

Fortbildung für die psychoonkologischen DMP-Praxen

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

IT & Online

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Die Praxis im Internet

Telematikinfrastruktur: Einführung und Weiterentwicklung

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		17. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		13. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	14. September 2019	9.00 bis 14.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. September 2019	9.30 bis 15.45 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	19. Juli bis	16.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
		20. Juli 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. September	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		28. September 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	19. Juli bis	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		20. Juli 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	220,- Euro	13. September bis	13.15 bis 19.30 Uhr	München
		14. September 2019	9.00 bis 19.00 Uhr	
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	20. Juli 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	München
		21. September 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	24. Juli 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	18. September 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	17. Juli 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Regensburg
		25. September 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Poolärzte	kostenfrei	12. September 2019	17.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. September 2019	10.00 bis 12.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	17. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. September 2019	17.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg

Themengebiet**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Alles rund ums Arbeitsrecht

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Informationen und Tipps wenn Sie als angestellter Arzt/Psychotherapeuten tätig werden wollen

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Niederlassung & Praxisabgabe

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Praxismanagement

Beschwerdemanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Den Praxisalltag in schwierigen Situationen meistern

Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Fit für den Empfang

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Gekonnter Umgang mit der Doppelbelastung Beruf und Familie

Grenzen setzen - Grenzen achten

Praxismarketing als Teamaufgabe

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Telefontraining für die Praxis

Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QEP® - Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Medizinische Rehabilitation

Verordnungen I - Arzneimittel

Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	24. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		25. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
		25. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
		25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. September 2019	16.00 bis 20.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		13. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Juli 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
		27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Juli 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	13. September bis 14. September 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Juli 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		25. September 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	11. September 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. September 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing

KVBIINFOS 09|19

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019
- 104 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 105 EBM – Änderungen zum 1. Juli 2019
- 110 Sonografie von Extremitätenvenen: Wann ist GOP 33076 abrechenbar
- 111 Atem- und Krankengymnastik – einmal je Sitzung
- 111 Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung
- 112 Abrechnung über das Sozialversicherungsabkommen (SVA)
- 113 Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie in den EBM
- 114 Änderung der Psychotherapievereinbarung
- 114 ASV – Hämophilie

VERORDNUNG

- 115 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 115 Sprechstundenbedarfsvereinbarung
- 116 FAQ zur Krankenförderung
- 116 Arzneimittelversorgungsvertrag
- 117 Blutzucker: Real-Time-Messgeräte
- 117 Langzeitkontrazeptiva
- 117 Verordnung einer Ernährungsberatung

ALLGEMEINES

- 118 Überweisungen: Unterschiede beachten
- 118 Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“
- 119 Überweisungsschein (Muster 6) – Änderungen
- 119 Geschlechtsangabe auf Formularen

SEMINARE

- 120 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2019 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Oktober 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelerklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig

eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebs-

stättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail emDoc@kvb.de

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

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

Grundsätze des HVM der KVB

Verständlichkeit

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

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

Verteilungsgerechtigkeit

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

Rechtssicherheit

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

Kalkulationssicherheit

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

Versorgungsziele des HVM der KVB

Aus diesen Grundsätzen und unter Berücksichtigung der bayerischen

EBM – Änderungen zum 1. Juli 2019

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

Planungssicherheit

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

Direkter Bezug zur Leistung/Kausalität in der Leistungserbringung

Durch Anknüpfung an die aktuelle Fallzahl verfolgt der HVM das Ziel der Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens.

Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

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

Maßnahmen in Bezug zum Sicherstellungsauftrag/(drohende) Unterversorgung

Der HVM berücksichtigt die besondere Situation von Ärzten, die in unterversorgten beziehungsweise in drohend unterversorgten Gebieten tätig sind und setzt in diesen Fällen Mengengrenzungsregelungen mit

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

Berücksichtigung besonderer Konstellationen/Berücksichtigung eines besonderen Versorgungsbedarfs

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

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. und 440. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

Empfängnisverhütung ab 14. Juni 2019 für Versicherte unter 22 Jahren

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 29. März 2019 hat der Gesetzgeber die Regelungen der Empfängnisverhütung in Paragraph 24a Absatz 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) dahingehend angepasst, dass Versicherte jetzt bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln haben. Bislang galt der Anspruch nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.

Die Gebührenordnungspositionen der Empfängnisregelung in Abschnitt 1.7.5 EBM wurden mit Wirkung ab 14. Juni 2019 an die neue Anspruchsberechtigung „bis zum vollendeten 22. Lebensjahr“ an-

gepasst. Dies betrifft das „Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpressars“ nach Gebührenordnungsposition 01830 und die „Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums“ nach Gebührenordnungsposition 01832.

Für den Zeitraum von der Gesetzesbis zur EBM-Änderung (das heißt vom 1. April bis 13. Juni 2019) besteht bei Patientinnen im Alter von 20 und 21 Jahren lediglich die Möglichkeit, über die entsprechenden Leistungen eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auszustellen. Die Patientinnen können dann die Rechnung bei ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen (vergleiche Paragraf 13 Absatz 3 SGB V).

Zur Verordnung von Kontrazeptiva ab 1. April 2019 haben wir Sie bereits in unserer Verordnung Aktuell vom 11. Juli 2019 informiert. Dieses finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung-aktuell*.

Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM ab 1. Juli 2019

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, informierten wir Sie über die Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Bewer-

tungsausschuss (BA) hat nun in seiner Sitzung am 19. Juni 2019 mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die Aufnahme der ambulanten und belegärztlichen Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den Anhang 2 „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)“ beschlossen.

Anspruchsberechtigte Patienten

Die Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen darf nur bei Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr durchgeführt werden, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beeinträchtigung bewirkt und eine konservative Behandlung nicht ausreicht (siehe Paragraf 2 der Nr. 28 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“).

Operativer Eingriff im Anhang 2

Neuaufnahme einer weiteren Zeile in Anhang 2 (OPS) des EBM (siehe Tabelle)

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- Nur berechnungsfähig von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Die **postoperative Überwachung** kann entgegen den Anmerkungen

in den GOPen 31232 und 36232 ambulant mit der **GOP 31504** (743 Punkte/80,41 Euro) und belegärztlich mit der **GOP 36504** (87 Punkte/9,42 Euro) abgerechnet werden.

- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an eine ambulante Tonsillotomie die **GOP 31658** (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die **GOP 31659** (= bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.
- Neben der Tonsillotomie sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, von der operierenden Praxis nur die in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 beziehungsweise 36.2.1 Nr. 4 EBM aufgeführten Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.
- Die **Narkose** kann ambulant mit der GOP 31822 beziehungsweise belegärztlich mit der GOP 36822 durch den Anästhesisten abgerechnet werden.

Vergütung

Die Leistungen der Kapitel 31 und 36 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Qualifikation

Für die Erbringung und Abrechnung der ambulanten OP-Leistung (GOP

OPS-Kode	Bezeichnung OPS 2019	Kategorie	OP-Leistung ambulant	Bewertung EBM/B€GO	OP-Leistung belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	N2	31232	1593 Punkte / 172,40 €	36232	877 Punkte / 94,91 Euro

31232) ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (QSV ambulantes Operieren) beziehungsweise für die belegärztliche OP-Leistung (GOP 36232) eine Anerkennung als Belegarzt notwendig.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 439. Sitzung vom 19. Juni 2019 wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

Regionale Zusatzvereinbarungen

Mit Einführung der Tonsillotomie in den EBM enden die regionalen Vereinbarungen mit der BARMER und der KKH zum 30. Juni 2019. Der Vertrag mit den BKKen kann erfreulicherweise fortgesetzt werden. Über die Details informieren wir die Vertragsteilnehmer in einem gesonderten Rundschreiben.

Neue EBM-Leistung für die Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod ab 1. Juli 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung noch kurzfristig zum 1. Juli 2019 eine neue Gebührenordnungsposition für die Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01516 – Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Erstgabe
- oder
- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Umstellung der Tagesdosis von 0,25 mg auf 0,5 mg
- oder
- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei Wiederaufnahme der Therapie nach Unterbrechung von einem Tag oder mehreren Tagen während der ersten zwei Behandlungswochen oder von mehr als sieben Tagen während der dritten und vierten Behandlungswoche oder von mehr als zwei Wochen nach einem Behandlungsmonat
- Dauer mehr als sechs Stunden

EBM Bewertung: 1.404 Punkte
Preis B€GO: 151,95 Euro

- Nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie von Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig
- In derselben Sitzung neben der Praxisklinischen Betreuung (GOPen 01510 bis 01512), den Betreuungspauschalen im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (GOPen 01910 und 01911), den Infusionen (GOPen 02100 und 02101), den nephrologischen Betreuungspauschalen (GOPen 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612), der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen

der Schmerztherapie (GOP 30708) und der bildwandlergestützten beziehungsweise CT-gesteuerten Intervention(en) (GOPen 34503 bis 34505) nicht berechnungsfähig

Hintergrund der Einführung ist eine Regelung im Fünften Buch des Sozialgesetzes (SGB V), dass zeitgleich mit der Beschlussfassung zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln des Gemeinsamen Bundesausschusses der EBM anzupassen ist, wenn die Fachinformation des bewerteten Medikaments für seine Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die nicht im EBM abgebildet ist (vergleiche Paragraph 87 Absatz 5b S. 5 SGB V).

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01516 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Neue EBM-Leistung zur Diagnostik im Rahmen der Überwachung einer Pharmakotherapie mit Delstrigo® und Pifeltro®

Die Anwendung der Arzneimittel Delstrigo® und Pifeltro® setzen voraus, dass keine Mutationen der HI-Viren vorliegen, die mit einer Resistenz gegen die Substanzklasse der NNRTI (nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) assoziiert sind. Die Fachinformationen der Arzneimittel Delstrigo® und Pifeltro® geben in diesem Zusammenhang die Resistenztestung bei allen therapienaiven Patienten vor. Gegenwärtig sind nach Anlage I

Nr. 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (MVV-RL) die HIV-Resistenztestungen für therapienaive Patienten jedoch auf besondere Risikogruppen beschränkt, sodass Anpassungsbedarf im EBM bestand.

Bei allen therapienaiven Patienten, die nicht unter die in Anlage I Nr. 10 der MVV-RL aufgeführten Risikogruppen fallen, kann ab 1. Juli 2019 die HIV-Resistenztestung vor Anwendung der oben genannten Arzneimittel durchgeführt und mit der neuen Gebührenordnungsposition 32818 (Preis B€GO 260,00 Euro) abgerechnet werden

NEU: GOP 32818 – Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung, sofern die Untersuchungsvoraussetzungen gemäß Anlage I Nr. 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllt sind

Preis B€GO: 260,00 Euro

Für Risikogruppen gemäß Anlage I Nr. 10 der MVV-RL (G-BA) ist weiterhin die bereits bestehende Gebührenordnungsposition 32828 (Preis B€GO 260,00 Euro) für die genotypische HIV-Resistenztestung berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 32818 und 32828 setzen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen nach Ab-

schnitt 32.3 (QSV-Spezial-Labor) voraus.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 32818 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Änderung GOP 19456 zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung mit Rubraca®

Rubraca® ist indiziert als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patientinnen mit platinsensitivem, rezidiviertem oder progressivem, highgrade epitheliale Ovarial-, Eileiter- oder Peritonealkarzinom mit BRCA-Mutationen (Keimbahn und/oder somatisch), die mit zwei oder mehr vorherigen platinbasierten Chemotherapielinien behandelt wurden und keine weitere platinhaltige Chemotherapie tolerieren. Zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung mit dem Arzneimittel Rubraca® im EBM wurde die Leistungslegende der GOP 19456 dahingehend geändert, dass die Eigenschaft „serös“ aus dem obligaten Leistungsinhalt gestrichen, sowie die Eigenschaft „progressive“ Karzinome aufgenommen wurde.

Screening auf schwere kombinierte Immundefekte (SCID) ab 1. Juli 2019 berechnungsfähig

In den KVB INFOS, Ausgabe 4/2019, informierten wir Sie über die Aufnahme des Screenings auf schwere

kombinierte Immundefekte mittels quantitativer oder semiquantitativer Polymerase Chain Reaction (PCR) in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) des G-BA. Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 beschlossen, dass das Screening auf SCID über die bereits bestehende Laboruntersuchung für das erweiterte Neugeborenen-Screening vergütet wird. Hierfür wird die Bewertung der GOP 01724 auf 221 Punkte (23,92 Euro) erhöht.

Für Sie als Veranlasser des erweiterten Neugeborenen-Screenings ändert sich nichts. Die Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening wird vom G-BA entsprechend angepasst. Sie finden die Kinder-Richtlinie einschließlich der Elterninformation auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

Psychotherapie: Zusätzliche Kontingente für Menschen mit geistiger Behinderung – Anpassung des EBM zum 1. Juli 2019

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, informierten wir Sie bereits über die Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung gemäß Paragraph 1 Absatz 4 der Psychotherapie-Richtlinie. Wie bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können nun auch bei dieser Patientengruppe zusätzliche Kontingente für die Einbeziehung von Bezugspersonen im Rahmen einer Einzel- und Gruppentherapie beantragt werden und auch mehr psychotherapeuti-

sche Sprechstunden, probatorische Sitzungen und Einheiten zur Rezidivprophylaxe durchgeführt werden.

Ab dem 1. Juli 2019 sind bei Patienten mit einer Intelligenzstörung (gesicherte ICD-10-Diagnose F70 - F79) berechnungsfähig:

- Für die **psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151)**: bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten) möglich (bisher: bis zu sechs Sprechstunden/150 Minuten)
- Für die **probatorischen Sitzungen (GOP 35150)**: bis zu sechs probatorische Sitzungen in Einheiten à 50 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 300 Minuten) möglich (bisher: insgesamt bis zu vier Sitzungen)
- Für die **Rezidivprophylaxe** können im Falle der Hinzuziehung von Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden genutzt werden.
- Bei der **Einbeziehung von Bezugspersonen** (B-Kennzeichnung) ist in der Begründung zum Antrag anzugeben, ob und in welchem Umfang die Einbeziehung als notwendig angesehen wird. Die Einbeziehung der Bezugsperson soll ein Verhältnis 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten nicht überschreiten. Die Stunden werden der Anzahl der Therapieeinheiten hinzugerechnet (Paragraf 11 Absatz 10 Psychotherapie-Vereinbarung).
- Die Anzahl der Sitzungen im Rahmen der **psychotherapeutischen Akutbehandlung** bleiben

unverändert (bis zu 24 Sitzungen in Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall).

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die notwendigen Anpassungen im EBM beschlossen und die Anmerkungen der Gebührenordnungspositionen 35150 (Probatorische Sitzung) und 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) um die neuen Regelungen für Menschen mit geistiger Behinderung ergänzt.

Akutbehandlung nicht neben Richtlinien-therapie – Klarstellung in der Psychotherapie-Vereinbarung

Die Regelungen über die Akutbehandlung wurden präziser gefasst. Danach wird die Durchführung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung parallel zu einer Richtlinienpsychotherapie nach Paragraf 15 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen. Ferner ist die Durchführung von Akutbehandlungen innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen, wobei Ausnahmen möglich bleiben.

Allgemeines

Ab dem 22. Dezember 2018 hat der Gesetzgeber das Personenstandsgesetz dahingehend geändert, dass der Personenstandsfall von Neugeborenen außer als „weiblich“, „männlich“ oder „ohne Angabe“ nunmehr auch mit der Angabe „divers“ in das Geburtenregister eingetragen werden kann. Hierfür wird mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die Allgemeine Bestimmung Nr. 4.2.1 um die Kennzeichnung „D“ auf der elektronischen Gesundheitskarte für das diverse Geschlecht ergänzt.

Darüber hinaus wurden Regelungen aufgenommen, dass geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt (zum Beispiel Ultraschallscreening auf Bauchaaortenaneurysmen) bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann berechnungsfähig sind, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht der Geschlechtszuordnung der Anspruchsberechtigten der jeweiligen Gebührenordnungspositionen entspricht. Voraussetzung ist, dass eine medizinische Begründung einschließlich des ICD-10-Kodes für Intersexualität oder Transsexualität (Feldkennung 6001 beziehungsweise 3673) angegeben und zusätzlich zu der entsprechenden Leistung die Kennzeichnungsnummer 88150 eingetragen wird.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 01516 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 01516 und 32818 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 24. Oktober 2018 wurde bei psychotherapeutischen Leistungen der Anhang 3 des EBM angepasst. Die betroffenen psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen 35140, 35141, 35150, 35151, 35152 und die Einzeltherapien aus dem Abschnitt 35.2.1 sowie die neuropsychologischen Gebührenordnungspositionen 30931 und

Sonografie von Extremitätenvenen: Wann ist GOP 33076 abrechenbar

30932 werden im Anhang 3 gekennzeichnet und mit dem Hinweis versehen, dass bei Erstellung des Tagesprofils bei den betroffenen Leistungen auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen ist.

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

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2018 (Az.: B 6 KA 16/17 R) festgestellt, dass die Abrechnung der Sonografie von Extremitätenvenen mittels B-Mode Verfahren (GOP 33076) neben der Duplex-Sonografie der extremitätenversorgenden und/oder entsorgenden Gefäße (GOP 33072) dann nicht möglich ist, wenn beide Untersuchungen in derselben Sitzung die Venen der Extremitäten betreffen.

gehen deshalb vollständig in der höher bewerteten GOP 33072 EBM auf.

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

Der Abrechnungsausschluss bezieht sich nur auf die Untersuchung der Venen. Nicht ausgeschlossen ist die Abrechnung beider Gebührenordnungspositionen nebeneinander in den Fällen, in denen mittels B-Mode-Verfahren ausschließlich die Venen und mittels Duplex-Verfahren ausschließlich Arterien der Extremitäten untersucht werden. Solche besonderen Konstellationen sind in der Patientenakte zu dokumentieren und auf Anforderung nachzuweisen.

Nach Abschnitt I Nr. 2.1.3 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist eine Gebührenordnungsposition dann nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und – sofern vorhanden – fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind.

Jede „Vene einer Extremität“ im Sinne der GOP 33076 EBM ist ein „extremitätenentsorgendes Gefäß“ im Sinne der GOP 33072 EBM. Soweit beide in derselben Sitzung durchgeführten Sonografieuntersuchungen die Venen der Extremitäten betreffen, sind die Leistungsinhalte der GOP 33076 EBM in der GOP 33072 EBM enthalten und

Atem- und Krankengymnastik – einmal je Sitzung

Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung

Aufgrund der Formulierung der obligaten Leistungsinhalte „Dauer **mindestens** 15 bzw. 20 Minuten“ können die Gebührenordnungspositionen für die Atemgymnastik (GOPen 30410 und 30411 EBM) und für die Krankengymnastik (GOPen 30420 und 30421 EBM) nur einmal je Sitzung berechnet werden, auch wenn die Sitzung/Behandlung länger als 15 beziehungsweise 20 Minuten dauert.

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 Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung (GOP 16230/21230), in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (GOP 16231/21231) und eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung (GOP 16233/21233) sind nur dann abrechenbar, wenn die in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen angegebenen Erkrankungen vorliegen. Dies ist im Rahmen der Quartalsabrechnung durch Angabe eines passenden ICD-Codes und der Angabe einer Zusatzkodierung mit passender Diagnosesicherheit zu belegen. Daneben sind die obligaten Leistungsinhalte zu erfüllen und zu dokumentieren.

Hinsichtlich der Diagnosesicherheit gilt für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen:

- Durch eine gesicherte Diagnose (G) wird das Vorliegen der Erkrankung bestätigt.
- Eine Verdachtsdiagnose (V) ist nur in absoluten Ausnahmefällen plausibel, beispielsweise wenn der Therapiebeginn und die kontinuierliche Mitbetreuung unverzüglich erfolgen müssen.
- Eine Diagnose, die den Zustand nach der betreffenden Erkrankung beschreibt (Z), ist nur zu verwenden, wenn der akute Verlauf der Erkrankung medizinisch gesehen beendet, die Mitbetreuung jedoch für einen gewissen Zeitraum noch erforderlich ist, da noch Einschränkungen bestehen. Das Zusatzkennzeichen „G“ ist zu verwenden, wenn es einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation

gibt, beispielsweise „Rest- oder Folgezustände“.

- Eine ausgeschlossene Diagnose (A) berechtigt hingegen nicht zur Abrechnung der GOPen 16230 ff und 21230 ff.

Bei fehlender Angabe eines passenden ICD-Codes und einer entsprechenden Zusatzkodierung zur Diagnosesicherheit wird die Leistung gestrichen.

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 über das Sozialversicherungsabkommen (SVA)

Vollständig eingereichte und lesbare Unterlagen sind zwingende Voraussetzung für die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem ausländischen Kostenträger. Fehlen diese, haben die Kostenträger die Möglichkeit, Prüfmitteilungen (Paragraf 106 d Absatz 3 SGB V) und Anträge (Paragraf 48 Absatz 3 BMV-Ä) zu stellen. Die KVB ist gezwungen, diese mit einem Bescheid (Honorarkürzung) umzusetzen.

Anspruchsberechtigt sind Patienten aus der EU, EWR und der Schweiz, die sich während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland befinden, der nicht nur dem Zweck der medizinischen Versorgung dient (Tabelle 1).

Anspruchsberechtigt sind Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über soziale Sicherheit, die während eines Aufenthaltes in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen (Tabelle 2).

Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten. **Bei Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GÖA zu berechnen.**

Weitere Informationen zur Abrechnung über das Auslandsabkommen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere-Kostenträger*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 11 / 94667 – 4 09 60

Leistungsumfang	Medizinisch notwendige Behandlungen, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland zurückgestellt werden können
Anspruchsnachweis	Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) und Reisepass oder Personalausweis
Checkliste	<p>Überprüfen Sie die Identität des Patienten und die Gültigkeit der EHIC beziehungsweise PEB.</p> <p>Kopieren Sie die EHIC beziehungsweise PEB zweifach und versehen Sie diese Kopien mit Datum, Ihrer Unterschrift und Vertragsarztstempel (Ausnahme: fahrender Notdienst, händisch erfasste Daten).</p> <p>Der Patient füllt die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der gewünschten Sprache aus und unterschreibt diese.</p> <p>Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der unterschriebenen Patientenerklärung umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse!</p> <p>Die Zweitkopie muss zwei Jahre in der Praxis aufbewahrt werden.</p> <p>Die Leistungen rechnen Sie mit Ihrer Quartalsabrechnung elektronisch als SVA-Fall zu Lasten der vom Patienten gewählten Krankenkasse ab.</p>

Leistungsumfang	Der Anspruch ist auf unaufschiebbare Leistungen eingeschränkt.
Anspruchsnachweis	Nationaler Anspruchsnachweis der gewählten deutschen Krankenkasse
Checkliste	<p>Überprüfen Sie, ob der Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt (zum Beispiel Türkei, Tunesien).</p> <p>Prüfen Sie, ob der nationale Anspruchsnachweis vollständig ist (zum Beispiel Leistungszeitraum, Kassenstempel, Unterschrift).</p> <p>Prüfen Sie die Dringlichkeit der Behandlung und beachten Sie Einschränkungen auf dem nationalen Anspruchsnachweis.</p> <p>Danach übernehmen Sie die Daten in Ihr Abrechnungssystem.</p>

Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie in den EBM

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden Praxen für ihr Engagement in den regionalen Vereinbarungen. Dies hat dazu beigetragen, dass die Tonsillotomie nun einheitlich für alle Krankenkassen als Leistung in den EBM aufgenommen wurde. Auf Seite 106 dieser Ausgabe informieren wir über die Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM seit 1. Juli 2019.

Vertragsbeendigung bei BARMER und KKH

Mit der Aufnahme der Leistung in den EBM haben die BARMER und die KKH ihren Vertrag mit der KVB zum 30. Juni 2019 beendet. Seit 1. Juli 2019 können daher keine Patienten mehr in den Vertrag eingeschrieben werden. Folgende Leistungen sind im Rahmen des Vertrags mithin **nicht mehr erbringbar**:

- Operationen 93045A, B, C, D, H, I (BARMER) sowie 97070A, B, C, D, H, I (KKH)
- Anästhesie 93045J (BARMER) sowie 97071 (KKH)
- Aufwachraum 93045K (BARMER) sowie 97072 (KKH)

Noch nicht eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) aus den letzten drei Vorquartal(en) können spätestens mit der Abrechnung für Q1/2020 als Nachtragsfälle bei der KVB eingereicht werden.

Vertragsfortführung – ergänzende Abrechnungsregelungen bei der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft (BKK-VAG)

Erfreulicherweise wird der Vertrag mit der BKK-VAG fortgeführt. Die aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen und weitere Infor-

mationen zum Vertrag finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „T“/Tonsillotomie*.

Es ist zu beachten, dass

- am selben Behandlungstag eine parallele Abrechnung der Ziffern der regionalen Vereinbarung mit der BKK-VAG neben den EBM-Ziffern 31232/36232, 31504/36504, 31658 beziehungsweise 31822/36822 ausgeschlossen ist,
- bei der Leistungserbringung die jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen einzuhalten sind,
- Sie die Abrechnungsziffern wie bisher selbst in Ihrer Abrechnung ansetzen müssen für
 - Operationen: 97070A, B, C, D, H, I
 - Anästhesie: 97071
 - Aufwachraum: 97072
 - postoperative Nachbehandlungen: 97070E, F und G.

Voraussetzung zur Abrechnung der Ziffern ist weiterhin eine unterzeichnete und bestätigte Teilnahme des HNO-Arztes beziehungsweise Anästhesisten sowie eine Teilnahmeerklärung des Versicherten.

Sollten Sie alternativ eine Leistungserbringung gemäß EBM bevorzugen, so ist dies unter Einhaltung der dortigen Abrechnungsbedingungen ebenfalls zulässig. Mischfälle sind jedoch zu vermeiden, da abgerechnete Leistungen unter Umständen gestrichen werden, sofern Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten werden.

Sollte es bei der nachgelagerten Kassenprüfung zu einem Verstoß gegen die Abrechnungsregelungen – insbesondere zu einer Parallel-

abrechnung von EBM- und Selektivvertragsleistungen – kommen, so sind die Krankenkassen gegebenenfalls berechtigt, die Vergütung in Höhe der selektivvertraglichen Leistungen zurückzufordern.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 02

E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung

Die Neuregelungen der Psychotherapie-Vereinbarung sind am 15. April 2019 in Kraft getreten. Die Regelung über die **Akutbehandlung** wurde präziser gefasst. Danach wird die Durchführung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung parallel zu einer Richtlinienpsychotherapie nach Paragraph 15 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen. Ferner ist die Durchführung von Akutbehandlungen innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen, wobei Ausnahmen möglich bleiben.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden Videobehandlungen in die ambulante psychotherapeutische Versorgung eingeführt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband sind dem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und haben die Psychotherapie-Vereinbarung für psychotherapeutische Leistungen per Video angepasst.

Nur wenn die Behandlung keinen unmittelbaren persönlichen Kontakt erfordert, kann eine psychotherapeutische Leistung über zertifizierte Videodienste erbracht werden. Die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung verdeutlichen, dass die Durchführung einer Videopsychotherapie ein Ausnahmefall bleibt. Zu Beginn einer Behandlung, in Krisensituationen oder bei Behandlungen, die eine direkte Interaktion erforderlich machen, sind keine Videosprache vorgesehen. Klargestellt wurde daher, dass für Psychotherapeutische Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Psychotherapeutische Akutbehandlung, Gruppenpsychotherapie und Hypnose ein

unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist.

In einem ersten Schritt wurden die Gebührenordnungspositionen 01439 und 01450 für die Grundpauschalen der Kapitel 14, 22 und 23 EBM geöffnet (wir berichteten bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 5/2019). Bevor niedergelassene Psychotherapeuten eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Patienten per Video als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können, ist vom Bewertungsausschuss noch eine Anpassung des EBM vorzunehmen, was bis Ende September erfolgen soll.

Weitere Änderungen umfassen Regelungen zu Zweitgutachten (früher: Obergutachten). Insbesondere wurden Neuerungen zur Einleitung des Verfahrens zur Erstellung des Zweitgutachtens durch den behandelnden Therapeuten nach Aufforderung durch die Krankenkasse einschließlich der zu verwendenden Vordrucke sowie allgemeine Vorgaben zur Bestellung und Qualifikation eines Zweitgutachters in der Psychotherapie-Vereinbarung eingefügt.

Neu ist außerdem, dass die Kontingente für Patienten mit geistiger Behinderung erweitert wurden (siehe auch KVB INFOS, Ausgabe 3/2019). In der Psychotherapie-Vereinbarung wurde die Regelung zur Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie entsprechend angepasst, sodass künftig höhere Kontingente für die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung stehen.

Die damit notwendigen EBM-Änderungen wurden vom Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2019 beschlossen. Nähere Informationen finden Sie in dieser Ausgabe der KVB INFOS in der Rubrik „Abrechnung“.

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

ASV – Hämophilie

Am 4. Juli 2019 trat die Anlage 2c – Hämophilie – in Kraft. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlage umfasst, finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/3734/>

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zu Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

- Nummer 23 – Dermatika – geändert: Dermatika, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen und bei denen die Krankenbehandlung nicht im Vordergrund steht.

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- Lubricano® wird zu „InstillaGel Lubri“ – Änderung der Produktbezeichnung
- Movicol® Schoko – Aufnahme
- myVisc Hyal 1,0 – Änderung der Befristung auf 31. Oktober 2021
- Optyluron NHS 1,0 % – Änderung der Befristung auf 18. Dezember 2021
- Optyluron NHS 1,4 % – Änderung der Befristung auf 18. Dezember 2021
- Pe-Ha-Visco® 1,0 % – Änderung der Befristung auf 4. April 2024
- Pe-Ha-Visco® 2,0 % – Änderung der Befristung auf 4. April 2024
- Z-Hyalin® – Änderung der Befristung auf 1. Mai 2024

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Tamsulosin bei Urolithiasis

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

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

Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-V), die zum 1. Juli 2019 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in einem Verordnungs-Aktuell zusammengestellt.

Der Vereinbarungstext hat sich im Abschnitt „II. Anwendungsbereich“ und „III. Definition Sprechstundenbedarf“ geändert. Die Anlage zur SSB-V hat sich im Abschnitt Arzneimittel (Antibiotika, Antimykotika, Antitussiva, Gerinnungshemmer, Kardiaka und Kortikoide) geändert.

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 zur Krankenförderung

Die Antwort auf die Frage „Können Krankenfahrten auch bei ambulanten Operationen grundsätzlich verordnet werden?“ wurde neu formuliert:

„Generell ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, dass Krankenkassen Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen. Dies gilt auch für eine Heimfahrt nach einer ambulanten Operation. Diese muss der Patient selbst bezahlen. Das SGB V und die Krankentransport-Richtlinie lassen nur wenige Ausnahmen zu.“

Die Fahrt zur ambulanten Operation in der Praxis, die nicht unter Paragraph 115b SGB V fällt, ist zulasten der GKV nur verordnungsfähig, wenn die Ausnahmetatbestände (ambulante Dialyse, onkologische Strahlentherapie, parenterale anti-neoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie, Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3a, 4 oder 5) erfüllt sind.

Für die Fahrt zur ambulanten Operation in der Praxis, die unter Paragraph 115b SGB V fällt, besteht zusätzlich ein Ausnahmefall, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden wird (also nicht generell bei ambulanten Operationen). Die Ausnahmeregelung gilt insbesondere dann, wenn die „aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird“ (Paragraf 7 KT-RL). Somit greift diese Ausnahmeregelung für Krankenfahrten im Zusammenhang mit ambulanten

Operationen nur in sehr seltenen Fällen. Damit Patienten aber in solchen Fällen nicht schlechter gestellt sind als Patienten, die sich stationär behandeln lassen, darf hier eine Krankenförderung verordnet werden und es besteht keine Genehmigungspflicht.

Die aktualisierten FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

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

Arzneimittelversorgungsvertrag

Eine Änderung des Arzneimittelversorgungsvertrags führt dazu, dass – wenn kein Rabattvertrag greift – eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben werden muss. Dieses darf nicht teurer als das verordnete Arzneimittel sein (bisher muss eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben werden.)

In unserem Verordnung Aktuell „Aut-idem – Abgabe Regelungen“ lesen Sie die Details. Für Ihre Patienten gibt es die aktualisierte Version des Patientenhinweises „Ihr Arzt ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet!“.

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

Blutzucker: Real-Time-Messgeräte

Das Gerät „Freestyle Libre 2“ ist seit Juli 2019 im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt und zulasten der GKV verordnungsfähig. Es misst kontinuierlich den Glukosewert, sendet die Werte automatisch in Echtzeit an ein Empfangsgerät und hat eine Alarmfunktion.

Achtung: Das Gerät „FreeStyle Libre“ ist dagegen nicht zulasten der GKV verordnungsfähig! Es misst zwar kontinuierlich den Glukosewert, sendet jedoch die Werte nicht automatisch in Echtzeit an ein Empfangsgerät und hat keine Alarmfunktion. Es erfüllt somit nicht die nötigen Kriterien für eine kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit rtCGM gemäß dem G-BA-Beschluss.

Einzelne Krankenkassen übernehmen die Kosten für Geräte zum Flash-Glukose-Monitoring (FreeStyle Libre) als Satzungsleistung. Für Satzungsleistungen sind nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Privatrezepte zu verwenden.

Das Verordnung Aktuell „Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus“ wurde entsprechend angepasst.

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

Langzeitkontrazeptiva

Am 1. April haben wir Sie zum ersten Mal über die Änderung des Paragraphen 24a Absatz 2 SGB V informiert, die zum Ziel hatte, die Altersgrenze für die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln von vollendeten 20 auf vollendete 22 Jahre anzuheben (siehe auch Seite 105 in dieser Ausgabe).

Die AOK Bayern teilte uns in diesem Zusammenhang mit, dass auch Langzeitkontrazeptiva (Intrauterinpeppar, Depot-Kontrazeptivum) bis einen Tag vor dem 22. Geburtstag der Versicherten über ein Kassenrezept (Muster 16, „rosa Rezept“) verordnet werden darf. Die Ersatzkassen haben sich dieser Meinung angeschlossen.

Von den anderen Krankenkassen haben wir diesbezüglich keine Rückmeldung erhalten.

In unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von (Notfall-)Kontrazeptiva – neu zum 1. April 2019!“ lesen Sie weitere Details.

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

Verordnung einer Ernährungsberatung

Bisher erfolgte die Verordnung der Ernährungsberatung für LKK-Versicherte auf Vordruck-Muster 66. Ab sofort soll die Ernährungsberatung nur noch auf Muster 16 verordnet werden – wie auch bei allen anderen Krankenkassen.

Für LKK-Versicherte erhalten Sie weiterhin für die Beratung zur Änderung des Ernährungsverhaltens und einer Verordnung einer Ernährungsberatung eine Vergütung nach GOP 97129 (10,23 Euro).

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

Überweisungen: Unterschiede beachten

Der überweisende Vertragsarzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Nach Paragraph 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind vier verschiedene Arten der Überweisung eines Vertragsarztes an einen anderen Arzt zu unterscheiden:

- **Überweisung zur Auftragsleistung:** Erforderlich ist entweder die Angabe der Definition der konkreten durch den auftragsausführenden Arzt zu erbringenden Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).
- **Überweisung zur Konsiliaruntersuchung:** Die Überweisung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Der überweisende Arzt erhält dadurch die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen.
- **Überweisung zur Mitbehandlung:** Ergänzende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen durch den überweisungsempfangenden Vertragsarzt, der sich im selben Gebiet wie der überweisende Arzt befindet.
- **Überweisung zur Weiterbehandlung:** Die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit wird an den weiterbehandelnden Arzt übertragen.

Zu beachten ist, dass vor allem **laboratoriumsmedizinische Leistungen ausschließlich als Auftragsleistung** zulässig sind. Hierunter fallen

- die Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Allgemein- und Speziallabor),

- ausschließlich laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch),
- Leistungen der Abschnitte 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen), 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) und 30.12.2 EBM (MRSA-Nachweis).

Mit Hilfe dieser Regelung werden die durchzuführenden Laboruntersuchungen konkretisiert. Sie werden auf diejenigen Leistungen beschränkt, die tatsächlich indiziert sind. Die Abrechnung der Laborleistungen durch den auftragsausführenden Arzt soll möglichst wirtschaftlich sein.

Wir bitten alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ihr Überweisungsverhalten zukünftig vor dem Hintergrund der vorgenannten Regelungen nochmals zu reflektieren.

Das Kompetenzzentrum „Labor“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen und einer Expertengruppe aus Laborärzten und Mikrobiologen Hinweise zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen erarbeitet. Diese finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Mediathek unter Publikationen/ Broschüren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 41 / 39 63-2 92
Fax 09 41 / 39 63-6 82 92

Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gemeinsam mit verschiedenen Organisationen Merkblätter zu den Themen „**Kinderunfälle**“ und „**Seelisch gesund aufwachsen**“ entwickelt.

Kinder- und Jugendärzte geben diese im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 an die Eltern aus. Die Merkblätter sind bei der KBV als Download erhältlich. Als Druckversion können Sie diese Merkblätter – zwischenzeitlich auch die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ – beim Kohlhammer-Verlag Stuttgart mit dem Bestellschein für vertragsärztliche Vordrucke bestellen.

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

Überweisungsschein (Muster 6) – Änderungen

Die Vordruckerläuterungen zum Überweisungsschein (Muster 6) wurden grundlegend überarbeitet und definiert. Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden. Erstreckt sich die Behandlung des auf Überweisung tätig werdenden Arztes über **mehr als ein Quartal**, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheins ist nicht erforderlich.

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

Geschlechtsangabe auf Formularen

Für die Angabe des Geschlechts gibt es die gesetzliche Vorgabe, dass neben männlich und weiblich auch „divers“ als Geschlechtsangabe möglich sein muss (Paragraf 22 Absatz 3 und Paragraf 45b Personenstandsgesetz). Diese Vorgabe wird nun auch im Formularbereich umgesetzt. Die Partner des Bundesmantelvertrags haben auch berücksichtigt, dass das Geschlecht „unbestimmt“ sein kann.

Konkret wird es auf dem Überweisungsschein (Muster 6) sowie auf den Laboranforderungsscheinen Muster 10, 10A und 10L künftig nicht mehr zwei Ankreuzfelder für „männlich“ oder „weiblich“ geben, sondern nur noch ein Textfeld, in das eines der folgenden Kürzel für die jeweilige Geschlechtsform einzutragen ist:

- W für weiblich
- M für männlich
- D für divers
- X für unbestimmt

Ausfüllhinweise für Muster 6, 10, 10A und 10L

Die Anpassung der Geschlechtsangabe wird wie beschrieben auf dem Überweisungsschein (Muster 6) und den Laboranforderungsscheinen Muster 10, 10A und 10L umgesetzt. Die vier überarbeiteten Muster werden zum 1. Oktober 2019 eingeführt. Die Praxen können jedoch noch vorhandene alte Muster aufbrauchen. In einem solchen Fall dürfen sie aber nicht „männlich“ oder „weiblich“ ankreuzen, sondern müssen in das Ankreuzfeld für „männlich“ eines der vier Kürzel M, W, D oder X eintragen. Diese Vorgabe gilt für handschriftliche Eintragungen genauso wie für das Ausfüllen am Praxisrechner.

Ausfüllhinweise für Muster 5 und 19

Derzeit wird außerdem die Zusammenlegung der Muster 5 „Abrechnungsschein“ und Muster 19 „Notfall-/Vertretungsschein“ diskutiert, sodass für diese Muster zum 1. Oktober noch keine neuen Druckfassungen erstellt werden. Die Angabe des Geschlechts erfolgt deshalb auch hier wie oben beschrieben: Es ist eines der vier Kürzel M, W, D oder X in das für „männlich“ vorgesehene Ankreuzfeld einzutragen.

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 nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha-Praxen

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma-COPD

DMP - Asthma - COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

Fachseminare

Adipositas - Prävention und Therapie

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Führungsseminare

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

IT & Online

Die Praxis im Internet

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2019 17. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. September 2019 28. September 2019	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	9. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	11. Oktober bis 12. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	19. Oktober 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	21. September 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. September 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	28. September 2019	9.30 bis 14.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	9. Oktober 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	16. Oktober 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. September 2019 9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München

Themengebiet**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Alles rund ums Arbeitsrecht

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Informationen für an einer Anstellung interessierte Ärzte/Psychotherapeuten

Niederlassung & Praxisabgabe

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Praxismanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Konfliktmanagement

Patientengespräche zielgerichtet führen

Fit für den Empfang

Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Refresherkurs Hygienemanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QM-Dokumente - digital erstellen, pflegen und archivieren

Ausbildung zum QMB nach DIN ISO 9001

Ausbildung zum QMB nach QEP®

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Grenzen setzen - Grenzen achten

Fachkompetent und empathisch - kein Gegensatz

Telefontraining

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Sicher bei der Terminvergabe

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2019 9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2019 16. Oktober 2019 6. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing Augsburg Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	14. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Oktober 2019 23. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing Nürnberg
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	11. Oktober bis 12. Oktober 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	18. Oktober bis 19. Oktober 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Ärzte, Psychotherapeuten	110,- Euro	19. Oktober 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2019 16. Oktober 2019	16.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Regensburg

KVBIINFOS 10|19

ABRECHNUNG

- 126 Die nächsten Zahlungstermine
- 126 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019
- 128 EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2019
- 130 HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
- 133 Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom
- 133 Änderung Bedarfsplanungs-Richtlinie Jobsharing

VERORDNUNG

- 134 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 135 Praluent® (Alirocumab) wird eingestellt
- 135 Abgrenzung häusliche Krankenpflege von StäB
- 135 FAQ zu Heilmitteln

IT IN DER PRAXIS

- 136 Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

ALLGEMEINES

- 137 Defibrillatoren der Marke Telefunken

SEMINARE

- 138 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 139 Seminare des Monats für nichtärztliches Praxispersonal
- 140 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2019 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Oktober 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise „Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei“ beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig

eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Hinweis: Die Abgabe der Sammelklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten

Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2019

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emDoc@kvb.de

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 441. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir diese in Kürze dar.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 441. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Aufnahme neuer EBM-Leistungen zur Diagnostik von Präeklampsie

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Biomarker PIGF und sFlt-1/PIGF bei vorhandenen Symptomen als ergänzende Diagnostik bei Vorliegen des Verdachts auf eine Präeklampsie in den EBM aufgenommen.

Quantitative Bestimmung frühestens ab der 24. Schwangerschaftswoche + 0 Tage

GOP 32362 – PIGF

Preis B€GO: 19,40 Euro

GOP 32363 – sFlt – 1/PIGF – Quotienten

Preis B€GO: 62,25 Euro

Voraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363:

- je Untersuchung, jeweils maximal dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig

- am Behandlungstag nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Befundbericht muss innerhalb von 24 Stunden nach Material Eingang übermittelt sein.
- Folgende Kriterien der Präeklampsie müssen erfüllt sein:
 - neu auftretender oder bestehender Hypertonus
 - Präeklampsie-assoziiertes organisches oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, der keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann
 - fetale Wachstumsstörung
 - auffälliger dopplersonografischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775 (weiterführende Dopplersonografie II).

HE4-Marker über GOP 32390 berechnungsfähig

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 wird die Bestimmung des Ovarialkarzinommarkers HE4 in den EBM aufgenommen. Hierfür wurde die bestehende Gebührenordnungsposition 32390 (Quantitative Bestimmung CA 125 mittels Immunoassay) um den Biomarker HE4 erweitert. Die in den Anmerkungen aufgeführten Anzahlbedingungen und Abrechnungsausschlüsse gelten unverändert fort:

- GOpen 32324 (CEA), 32350 (AFP), 32351 (PSA), 32352 (HCG, β -HCG), 32390 bis 32398, 32400 (CYFRA21-1) und 32420 (Thyreoglobulin) sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die GOpen 32391 (CA 15-3) und 32398 (MCA) nicht nebeneinander berechnungsfähig.

- GOpen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32405 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstests bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe ab 1. Oktober 2019 berechnungsfähig

Bisher war die Gabe der Infusion von Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe ausschließlich in spezialisierten (Universitäts-) Kliniken möglich. Um Versorgungsengpässe zu vermeiden und eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, soll dies zukünftig auch durch niedergelassene Ärzte angeboten werden.

Hierfür hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Gebührenordnungspositionen 01510 und 01511 um die Gabe der Infusion mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe erweitert.

Änderungen im Bereich der HIV-Labordiagnostik zum 1. Oktober 2019

Neue Gebührenordnungsposition für den diagnostischen Nachweis von HIV-RNA

Für den Nachweis einer kürzlich erworbenen HIV-Infektion mit noch negativem oder grenzwertigem Suchtest wird eine neue Gebührenordnungsposition in den Abschnitt 32.3.12 EBM aufgenommen. Diese Gebührenordnungsposition kann auch für den Nachweis viraler Nukleinsäuren zur Bestätigung eines reaktiven Suchtests an Stelle der Gebührenordnungsposition 32660 (HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper, Westernblot) berechnet werden.

GOP 32850 – Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA
Preis B€GO: 43,40 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben der Untersuchung auf HIV-1 und/oder HIV-2-Antikörper, Westernblot (GOP 32660) und nicht neben der Untersuchung auf HIV-RNA (GOP 32824) berechnungsfähig

Labor-Ausnahmekennnummer 32006 bei HIV-RNA Diagnostik

Wie bereits die Gebührenordnungsposition 32660 wird auch die 32850 in den Katalog der Ausnahmekennnummer 32006 aufgenommen, so dass die Kosten für den Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA sich nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken.

Anhebung der Bewertung des kurativen HIV-1 und HIV-2-Antikörper Nachweises

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Gebührenordnungsposition 32575 an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst und die Bewertung um 0,35 Euro auf 4,45 Euro angehoben und einen Abrechnungsausschluss zur entsprechenden Leistung der PrEP in derselben Sitzung aufgenommen. Hierfür wurde die Leistungsbeschreibung um den Nachweis von HIV-p24-Antigen ergänzt.

Streichung von Gebührenordnungspositionen

Im Zuge der Anpassung der Gebührenordnungsposition 32575 (siehe oben) werden die Gebührenordnungspositionen 32576 (HIV-2 Antikörper – Immunoassay) und 32783 (Nachweis HIV) gestrichen. Diese

können somit ab dem 1. Oktober 2019 nicht mehr abgerechnet werden.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 32362, 32363 und 32850 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Genehmigung

Die Berechnung der neuen Gebührenordnungspositionen 32362, 32363 und 32850 setzt eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 (QSV-Spezial-Labor) voraus.

Anhang 3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32362, 32363 und 32850 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

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

HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Versicherte ab dem vollendeten 16. Lebensjahr mit einem substanzialen HIV-Infektionsrisiko haben einen Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie ein Anrecht auf Untersuchungen, die bei Verordnung und Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Anspruchsberechtigte Versicherte

Konkret gehören dazu folgende HIV-negative Personen:

- Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben, oder Transgender-Personen mit der Angabe von analem Geschlechtsverkehr ohne Kondom innerhalb der letzten drei bis sechs Monate und/oder voraussichtlich in den nächsten Monaten beziehungsweise einer stattgehabten sexuell übertragbaren Infektion in den letzten zwölf Monaten,
- serodiskordante Konstellationen mit einer virämisch HIV-positiven Person ohne antiretrovirale Therapie (ART), einer nicht suppressiven ART oder in der Anfangsphase einer ART (HIV-RNA, die nicht schon sechs Monate unter 200 RNA-Kopien/ml liegt).

Weiterhin anspruchsberechtigt sind nach individueller und situativer Risikoüberprüfung durch einen qualifizierten Arzt:

- Drogeninjizierende Personen ohne Gebrauch steriler Injektionsmaterialien,
- Personen mit Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einer Person, bei der eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich ist

(zum Beispiel Partnern aus Hochprävalenzländern oder mit risikoreichen Sexualpraktiken).

Für die Beratung, Einleitung und Kontrolle sowie für die labormedizinischen Untersuchungen im Rahmen der PrEP wurden zum 1. September 2019 folgende Gebührenordnungspositionen in den neuen Abschnitt 1.7.8 (HIV-Präexpositionsprophylaxe) EBM aufgenommen:

Beratung, Einleitung und Kontrolle

GOP 01920 - Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä
 EBM-Bewertung: 115 Punkte
 Preis B€GO: 12,45 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- je vollendete zehn Minuten berechnungsfähig, im Krankheitsfall höchstens dreimal
- am Behandlungstag nicht neben der Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (GOP 01922) berechnungsfähig

GOP 01921 - Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä
 EBM-Bewertung: 115 Punkte
 Preis B€GO: 12,45 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- am Behandlungstag nicht neben der Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (GOP 01922) berechnungsfähig

GOP 01922 - Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 des BMV-Ä

EBM-Bewertung: 57 Punkte
 Preis B€GO: 6,17 Euro

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig, im Behandlungsfall höchstens dreimal
- am Behandlungstag nicht neben der Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (GOP 01920) und der Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (GOP 01921) berechnungsfähig

Besondere Qualifikation des Arztes - Genehmigung für GOP 01920 bis 01922

Zur Durchführung und Abrechnung der GOP 01920 bis 01922 ab 1. September 2019 muss eine **Genehmigung** nach der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß Paragraph 20j SGB V (Anlage 33 BMV-Ä) **beantragt** und erteilt werden. Es gibt **zwei Alternativen** zum Nachweis der fachlichen Befähigung:

1. Alternative:

Wenn Ihnen eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids erteilt wurde, müssen Sie mit der Antragstellung keine weiteren fachlichen Nachweise vorlegen.

2. Alternative:

Ohne die vorgenannte Genehmigung müssen Sie die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechts-

krankheiten führen und weitere fachliche Nachweise vorlegen, unter anderem

- eine mindestens 16-stündige Hospitation zur Betreuung von HIV-/Aids-Patienten,
- die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder PrEP und
- acht Fortbildungspunkte im Bereich HIV/Aids innerhalb eines Jahres vor Antragstellung vorlegen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antragsformular.

Das **Antragsformular** und weitere Informationen zur Vereinbarung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Themen und Verfahren der Qualitätssicherung/Buchstabe „H“/HIV-Präexpositionsprophylaxe*.

Labor im Rahmen der PrEP

Die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen sind nur von Laborärzten, Mikrobiologen und Transfusionsmediziner berechnungsfähig. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01931 bis 01936 setzt eine Genehmigung zur Ausföhrung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 (QSV-Spezial-Labor) voraus. Transfusionsmediziner mit Speziallaborgenehmigung können von den vorgenannten GOP die GOP 01931, 01933, 01934 und 01935 abrechnen.

GOP 01930 - Bestimmung des Kreatinin im Serum und/oder Plasma und Berechnung der eGFR
 EBM-Bewertung: 3 Punkte
 Preis B€GO: 0,32 Euro

- zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- in derselben Sitzung nicht neben den kurativen Gebührenordnungspositionen für die Bestimmung des Kreatinin, Jaffé-Methode (GOP 32066) und Kreatinin, enzymatisch (GOP 32067) berechnungsfähig
- Die GOP 01930 (Kreatininbestimmung) ist laut aktuellem Beschluss des Bewertungsausschusses derzeit nur von den oben genannten Fachgruppen berechnungsfähig. Eine Änderung für diese GOP wird gegebenenfalls noch erfolgen.

GOP 01931 - Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen
 EBM-Bewertung: 41 Punkte
 Preis B€GO: 4,44 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- im ersten Quartal der Präexpositionsbehandlung bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig

Wichtige Hinweise:

■ **Veranlasser**
 Bitte informieren Sie Ihr Labor bei Auftragserteilung, wenn es sich um eine zweite Veranlassung im ersten Quartal der PrEP handelt, damit der Laborarzt eine entsprechende Kennzeichnung der GOP in seiner Abrechnung vornehmen kann.

■ **Labor**
 Bitte tragen Sie zur Kennzeichnung des zweiten Ansatzes im ersten Quartal der PrEP zur GOP im freien Begründungsfeld (FK 5009) den Buchstaben „Z“ ein (als Großbuchstabe, als alleiniger Eintrag im Feld).

Dass es sich um eine zweite Untersuchung im ersten Quartal der PrEP handelt, wird Ihnen bei Auftragserteilung durch den Veranlasser mitgeteilt.

- in derselben Sitzung nicht neben dem kurativen Nachweis von HIV-1 oder HIV-1/2 Antikörper mittels Immunassay (GOP 32575) berechnungsfähig

GOP 01932 - Nachweis von HBs-Antigen und HBc-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe
 EBM Bewertung: 105 Punkte
 Preis B€GO: 11,36 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben dem kurativen Nachweis von HBc-Antikörper (GOP 32614) und Nachweis von HBsAg (GOP 32781) berechnungsfähig

GOP 01933 - Nachweis von HBs-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe ohne dokumentierte Impfung gegen Hepatitis B
 EBM-Bewertung: 51 Punkte
 Preis B€GO: 5,52 Euro

- einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben dem kurativen Nachweis von HBs-Antikörper (GOP 32617) berechnungsfähig

GOP 01934 - Nachweis von HCV-Antikörpern - vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe oder - während einer Präexpositionsprophylaxe nur bei seronegativen Anwendern
 EBM-Bewertung: 91 Punkte
 Preis B€GO: 9,85 Euro

- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben dem kurativen Nachweis von HCV-Antikörper (GOP 32618) berechnungsfähig

GOP 01935 - Nachweis von Treponemenantikörpern mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay nach individueller und situativer Risikoüberprüfung
 EBM-Bewertung: 42 Punkte
 Preis B€GO: 4,55 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben der kurativen Gebührenordnungsposition für Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA/TPPA-Test oder mittels Immunoassay (GOP 32566) berechnungsfähig

GOP 01936 - Nachweis von Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydien in pharyngealen, anorektalen und/oder genitalen Abstrichen mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe gegebenenfalls einschließlich Pooling der Materialien der Abstrichorte
 EBM-Bewertung: 320 Punkte
 Preis B€GO: 34,63 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung nicht neben den kurativen Gebührenordnungspositionen Neisseria gonorrhoeae (GOP 32836) und Chlamydien (GOP 32839) berechnungsfähig

Verordnung

Für die Präexpositionsprophylaxe sind Arzneimittel mit den Wirkstoffen Emtricitabin/Tenofoviridisopoxil (200 mg/245 mg) zugelassen. Wir empfehlen Ihnen - im Rahmen einer wirtschaftlichen Verordnungsweise - eine Wirkstoffverordnung oder eine namentliche Verordnung ohne aut-idem-Kreuz. Die Apotheken substituieren bei diesen Verordnungen zu Rabattarzneimitteln (soweit vorhanden) oder zu preisgünstigen Generika.

Vergütung

Für den neu in den EBM aufgenommenen Abschnitt 1.7.8 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOP 01920 bis 01922 und 01930 bis 01936 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die GOP 01920 bis 01922 und 01931 bis 01936 werden als Ausschussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 441. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungs-

ausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. Juni 2019 beschlossen, einen spezifizierten biomarkerbasierten Test zur Ermittlung des Rezidivrisikos beim primären Mammakarzinom in die vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen. Der Test soll die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie unterstützen. Zu weiteren Tests und Anwendungsgebieten werden die Beratungen im G-BA fortgesetzt. Der Beschluss trat am 23. August 2019 in Kraft.

Voraussetzungen zur Durchführung des Tests

- Der Biomarker-Test kann bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptorpositiven, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom unter Anwendung der Vorgehensweise des „Oncotype DX Breast Recurrence Score®“ eingesetzt werden.
- Der Test darf nur angewendet werden, wenn die Empfehlung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien allein nicht eindeutig getroffen werden kann.
- Die Patientinnen müssen in einem ärztlichen Gespräch unter Einbeziehung des vom G-BA veröffentlichten Merkblatts „Biomarkerbasierte Tests beim frühen Brustkrebs“ über den Test aufgeklärt worden sein.

Die Aufklärung zum Test darf nur von folgenden Fachgruppen durchgeführt werden:

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie,

- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
- Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt oder Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, jeweils mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“,
- andere Fachgruppen bei Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung.

Abrechnung erst nach Aufnahme einer Leistung in den EBM möglich

Der Biomarker-Test kann als ambulante Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erst dann erbracht werden, wenn eine entsprechende Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

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

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVB-RL) sowie das Patientinnenmerkblatt auf dessen Internetseite unter www.g-ba.de.

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

Änderung Bedarfsplanungs-Richtlinie Jobsharing

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Bedarfsplanungs-Richtlinie geändert: Die Facharztgruppen der Chirurgen und Orthopäden wurden zur Arztgruppe der Chirurgen und Orthopäden zusammengelegt. Für die Berechnung der Job-Sharing-Obergrenzen werden daher die Fachgruppendurchschnitte der Chirurgen und Orthopäden ab Quartal 2/2019 gemeinsam ermittelt.

Diese Änderung ist am 16. Januar 2019 in Kraft getreten.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zu Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse:

- Nummer 32 – Hypnotika/Hypnotogene oder Sedativa – neu: für die Behandlung von Schlafstörungen (Insomnie) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von zwei bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrum-Störung und/oder Smith-Magenis-Syndrom, wenn Schlafhygienemaßnahmen unzureichend waren, verordnungsfähig

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- Microvisc® plus – Änderung Befristung auf 31. Oktober 2021
- PädiaSalin® 6 % – Aufnahme

Zur Anlage VI (Teil A), Off-Label-Use:

- Bei drei OLU-Beschlüssen (jeweils Teil A – verordnungsfähig – der Anlage VI der AM-RL) zu
- Fludarabin bei anderen als in der Zulassung genannten niedrig beziehungsweise intermediär malignen B – Non-Hodgkin-Lymphomen (B-NHL) als chronische lymphatische Leukämien (CLL) (Ziffer VI der Anlage VI der AM-RL),
 - Mycophenolat Mofetil (MMF) bei Myasthenia Gravis (Ziffer XVI),
 - MMF bei Lupusnephritis (Ziffer XXVII)

wurde bei den genannten Firmen mit Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs nach Paragraph 84 AMG (Gefährdungshaftung) jeweils der Firmenname ersetzt. Hin-

tergrund ist hier der Brexit mit Verlegung des Firmensitzes in die EU.

Neu:

- Carboplatin bei fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) – Zustimmung eines pharmazeutischen Unternehmers

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im zweiten Quartal 2019 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Abemaciclib – Brustkrebs, in Kombination mit Fulvestrant, Brustkrebs in Kombination mit einem Aromatasehemmer
- Alikrocumab – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Atezolizumab – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse: Urothelkarzinom
- Acicabtagen-Ciloleucel (PMB-CL), Acicabtagen-Ciloleucel (DLBCL)
- Cabozantinib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer, neues Anwendungsgebiet: hepatozelluläres Karzinom
- Caplacizumab – Therapiekosten
- Damoctocog alfa pegol
- Durvalumab
- Enzalutamid – neues Anwendungsgebiet: nicht-metastasierendes, kastrationsresistentes Hochrisiko-Prostatakarzinom
- Erenumab
- Fingolimod – neues Anwendungsgebiet: pädiatrische Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose
- Fluticasonfuroat/Umeclidinium/Vilanterol – neues Anwendungsgebiet: COPD, die mit einer

Kombination aus LAMA und LABA nicht ausreichend eingestellt ist

- Insulin degludec – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Nusinersen – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Ocriplasmin – Neubewertung nach Fristablauf
- Pembrolizumab – Neubewertung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse: Urothelkarzinom, neues Anwendungsgebiet: rezidivierendes oder metastasierendes Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region (HNSCC)
- Semaglutid
- Tezacaftor/lvacaftor
- Tildrakizumab
- Venetoclax – Neubewertung nach Aufhebung des Orphan-Drug-Status, neues Anwendungsgebiet: chronische lymphatische Leukämie, Kombination mit Rituximab

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

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

Praluent® (Alirocumab) wird eingestellt

Patentstreit zwischen AMGEN und SANOFI bezüglich der PCSK-9 Inhibitoren Evo-locumab und Alirocumab

Eine aktuelle Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf im Patentstreit zwischen AMGEN und SANOFI bedeutet, dass das Urteil, das die Fertigung, den Vertrieb und die Vermarktung von Praluent® in Deutschland durch SANOFI und Regeneron verbietet, weiter vorläufig vollstreckbar bleibt. Daher werden ab sofort die Fertigung, das Marketing und der Vertrieb von Praluent® eingestellt. Noch vorhandene Ware von Praluent® in Deutschland wird aus Krankenhäusern, dem Großhandel und Apotheken zum jetzigen Zeitpunkt nicht zurückgerufen. Die Löschung in der Lauertaxe erfolgte zum 1. September 2019.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entspricht eine Umstellung von Alirocumab auf Evolocumab (Repatha®) einer Neueinstellung und muss daher durch die folgenden, in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 35a genannten Fachärzte erfolgen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie

- an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte

Der Hersteller von Praluent® SANOFI hat uns bezüglich der Umstellung von Alirocumab auf Evolocumab Folgendes empfohlen: *„Da von dem nun verbliebenen Wirkstoff Evolocumab nur eine Dosis von 140mg (alle zwei Wochen) erhältlich ist, sollten alle Patienten – egal ob sie aktuell die 75mg oder 150mg-Dosis erhalten – auf diese Dosis umgestellt werden. Davon sind bundesweit etwa 7.500 Patienten betroffen, die bisher Alirocumab erhielten. Ärzte können sich bei Fragen direkt an unseren Kundenservice unter der kostenlosen Rufnummer 0 800 / 5 25 20 10 oder per E-Mail an medinfo.de@sanofi.com wenden.“*

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

Abgrenzung häusliche Krankenpflege von StäB

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat klargestellt, dass bei einer Versorgung im Rahmen einer stations-äquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) keine gleichzeitige Verordnung von häuslicher und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erfolgen darf. Bei der StäB handelt es sich um eine Krankenhausleistung im häuslichen Umfeld von psychisch erkrankten Menschen.

FAQ zu Heilmitteln

In den FAQ wurden die beiden Sachverhalte aufgenommen:

Der Regelfall ist patientenbezogen

Der Regelfall ist patientenbezogen und hängt ausschließlich mit dem Behandlungsfall zusammen, das heißt, es ist eine Verordnung durch mehrere Ärzte möglich (stellt zum Beispiel der Orthopäde die Erstverordnung aus, stellt der weiterbehandelnde Hausarzt eine Folgeverordnung aus).

Verordnung von Heilmitteln während einer T-RENA

Bei der T-RENA verhält es sich ebenso wie bei der IRENA: für die gleiche Diagnose/Erkrankung keine zeitgleiche Verordnung von Heilmitteln. Ausnahme: Bei einer abweichenden Diagnose, zum Beispiel interkurrente Erkrankung, kann gemäß den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden.

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

Statistiken über Praxisverwaltungssysteme in Bayern

Erneut stellen wir Ihnen unsere regelmäßigen Statistiken über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) mit den höchsten Installationszahlen im Zuständigkeitsbereich der KVB sowie über den größten Zuwachs in den Installationszahlen über die letzten zwölf Monate zur Verfügung.

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

Im Quartal 2/2018 wurden insgesamt 18.741 Installationen vermerkt, und im Quartal 2/2019 18.660. Zur Jahresmitte 2019 waren insgesamt 108 Systeme im Zuständigkeitsbereich der KVB im Einsatz.

Die TOP 10 der Praxisverwaltungssysteme im Bereich der KVB

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Installationen	Marktanteil	Veränderung von Abrechnungsquartal 2/2018 zu 2/2019
1	Psyprax	Psyprax GmbH	3.746	20,08 %	+98
2	x.isynet	medatixx GmbH & Co. KG	2.462	13,19 %	-35
3	TURBOMED	CompuGroup Medical	1.478	7,92 %	-105
4	MEDISTAR	CompuGroup Medical	1.466	7,86 %	-74
5	CGM M1 PRO	CompuGroup Medical	860	4,61 %	-28
6	ALBIS	CompuGroup Medical	840	4,50 %	-22
7	x.concept	medatixx GmbH & Co. KG	803	4,30 %	-13
8	x.comfort	medatixx GmbH & Co. KG	501	2,68 %	-63
9	easymed	promedico / medatixx GmbH	463	2,48 %	-42
10	EPIKUR	Epikur SW & IT-Service	385	2,06 %	+50

Praxisverwaltungssysteme mit dem größten absoluten Kundenzuwachs

Rang	PVS/KIS	Anbieter	Differenz der Installationen 2/2018 zu 2/2019	Installationen gesamt (Stand 2/2019)
1	Psyprax	Psyprax GmbH	+98	3.746
2	medatixx	medatixx GmbH & Co. KG	+96	286
3	T2med	T2med GmbH & Co. KG	+58	126
4	RED Medical	RED Medical Systems GmbH	+56	225
5	EPIKUR	Epikur Software & IT-Service	+50	385
6	MEDICAL OFFICE	Indamed GmbH	+31	240
7	PegaMed	PEGA Elektronik-Vertriebs GmbH	+29	235
8	Elefant	HASOMED GmbH	+27	325
9	tomedo	zollsoft GmbH	+24	152
10	Smarty	New Media Company GmbH & Co. KG	+13	217

Defibrillatoren der Marke Telefunken

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz weist darauf hin, dass Defibrillatoren der Marke Telefunken (AED Modell FA1 und HR1) trotz fehlender Bescheinigung seit 18. Juli 2017 in Verkehr gebracht wurden. Dabei sind auch Ersatzteile wie Batterien und Elektroden dieser Geräte betroffen. Es ist nicht sichergestellt, dass im Anwendungsfall des Defibrillators das Behandlungsziel erreicht wird oder der Patient nicht zusätzliche Schädigungen erleidet. Aus diesem Grund wird allen Anwendern und Betreibern geraten, Telefunken Defibrillatoren (AED Modell FA1 und HR1) auszutauschen.

Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.produktwarnung.eu/2019/08/09/wichtige-sicherheitswarnung-zu-automatisierten-externen-defibrillatoren-der-marke-telefunken/14882>.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an Praxisfuehrung@kvb.de.

Seminar des Monats für Praxisinhaber

DMP – Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

Wenn Sie im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) koordinierender Arzt sind, bieten wir Ihnen mit dem DMP-Fortbildungstag eine Möglichkeit, 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 zu erfüllen.

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

Wichtig: Die Teilnahme an speziell dieser Veranstaltung ist nicht verpflichtend. Sie können Ihrer Fortbil-

dungspflicht 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.

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

Zielgruppe

Ärzte, angestellte Ärzte, koordinierender Arzt im DMP

Themenschwerpunkte

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

Referenten

Externe Referenten

Teilnahmegebühr

95,- Euro

Seminardaten

16. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth/KVB
23. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg/KVB
6. November 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing/KVB
30. November 2019	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg/KVB
4. Dezember 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg/KVB

Seminare des Monats für nichtärztliches Praxispersonal

- **DMP – Fortbildung für Schulungspersonal Asthma/COPD**
- **DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes/KHK**

Für Praxen, die an den Disease Management Programmen (DMP) für Asthma/COPD und Diabetes/KHK teilnehmen, bietet die KVB regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für Praxismitarbeiter an.

Darin werden neben dem Grundwissen zum jeweiligen Schulungsprogramm auch die Hintergründe im Umgang mit den DMP in der Praxis vermittelt. Die Teilnehmer erfahren unter anderem Details einer vereinfachten Handhabung und wie sich Fehler vermeiden lassen.

Während dieser Veranstaltungen besteht die Möglichkeit, sich mit anderen teilnehmenden Kollegen und Referenten auszutauschen.

Themenschwerpunkte

- Koordination und Organisation von strukturierten Schulungen
- Wahrnehmung und Motivation
- Kommunikation und Gesprächsführung

Referenten

Externe Referenten

Teilnahmegebühr

45,- Euro

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

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

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal Asthma/COPD

20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB
-------------------	---------------------	--------------

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes/KHK

9. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth/KVB
13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2020:

Die neuen Seminare und Seminartermine 2020 werden voraussichtlich ab Mitte November 2019 unter www.kvb.de unter der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche* veröffentlicht. Die Seminarbroschüre 2020 versenden wir Anfang Dezember 2019 an die Praxen.

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

Anmeldeformulare und weitere

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP leicht gemacht für DMP-Praxen

Praxisführung für diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma/COPD

Fachseminare

Adipositas - Prävention und Therapie

Notfalltraining für das Praxisteam - Vormittag

Notfalltraining Praxisteam - Refresher

Fortbildung Impfen

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	45,- Euro	9. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	12. Oktober 2019 19. Oktober 2019	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	19. Oktober 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	19. Oktober 2019	9.30 bis 15.45 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	23. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	23. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	45,- Euro	6. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	6. November 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	8. November bis 9. November 2019	16.00 bis 21.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	2. November 2019	9.00 bis 12.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	70,- Euro	2. November 2019	13.30 bis 16.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	13. November 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	16. Oktober 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	23. Oktober 2019	16.00 bis 21.00 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. November 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet**Führungsseminare**

Führungskräfte in der Praxis - Teamentwicklung

Führungskräfte in der Praxis - Kommunikation

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Alles rund ums Arbeitsrecht

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Niederlassung & Praxisabgabe

Informationen und Tipps wenn Sie als angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig werden wollen

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Gründer- und Abgeberforum

Praxismanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Konfliktmanagement

Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QM-Dokumente - digital erstellen, pflegen und archivieren

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Selbstmanagement

Gekonnter Umgang mit der Doppelbelastung Beruf und Familie

Grenzen setzen - Grenzen achten

Telefontraining

Sicher bei der Terminvergabe

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
		15. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
		20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	20. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	14. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		13. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		23. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		8. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Existenzgründer	kostenfrei	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Existenzgründer, Praxisinhaber	kostenfrei	9. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		9. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
		16. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Ärzte, Psychotherapeuten	110,- Euro	19. Oktober 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	8. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth

KVBIINFOS 11|19

ABRECHNUNG

- 146 Die nächsten Zahlungstermine
- 146 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2019
- 148 EBM - Änderungen zum 1. Oktober 2019
- 150 EBM - Änderungen zur Videosprechstunde
- 151 Vertretung Suchtmedizin - Abrechnungshinweise
- 152 Früherkennungs-Mammographie - Bewertung angehoben
- 153 Soziotherapie - Verordnung auch für berechnigte ärztliche Psychotherapeuten

VERORDNUNG

- 154 Verordnung von Sehhilfen
- 154 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- 154 HPV-Impfstoffe richtig verordnen

ALLGEMEINES

- 155 AOK Bayern: Anspruchsnachweise nicht per Fax

SEMINARE

- 156 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

Zahlungstermine 2019

13. Januar 2020
Abschlagszahlung Dezember 2019

31. Januar 2020
Restzahlung 3/2019

10. Februar 2020
Abschlagszahlung Januar 2020

10. März 2020
Abschlagszahlung Februar 2020

9. April 2020
Abschlagszahlung März 2020

30. April 2020
Restzahlung 4/2019

11. Mai 2020
Abschlagszahlung April 2020

10. Juni 2020
Abschlagszahlung Mai 2020

10. Juli 2020
Abschlagszahlung Juni 2020

31. Juli 2020
Restzahlung 1/2020

10. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2020

10. September 2020
Abschlagszahlung August 2020

12. Oktober 2020
Abschlagszahlung September 2020

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2019 bis spätestens **Freitag, den 10. Januar 2020**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2):
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei beigelegt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelerklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig

eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKa 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebsstättennummer auf den eingereichten

Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

EBM – Änderungen zum 1. Oktober 2019

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emDoc@kvb.de

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 449. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 451. Sitzung mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse* veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Anschubförderung Videosprechstunde

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 zeitlich befristet bis zum 30. September 2021 eine Anschubförderung zur Ausweitung und Etablierung von Videosprechstunden eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01451 – Anschubförderung für Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) im Rahmen der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung

EBM Bewertung: 92 Punkte
 Preis B€GO: 9,96 Euro

- je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

- Die GOP 01451 wird je durchgeführter Videosprechstunde (GOP 01450) **automatisch von der KVB zugesetzt**, sofern die Praxis mindestens 15 Videosprechstunden nach der GOP 01450 im Quartal durchgeführt hat.

- Für die GOP 01451 wird ein Punktzahlvolumen je Praxis gebildet. Der Höchstwert für die Vergütung der GOP 01451 beträgt je Praxis im Quartal 4.620 Punkte.

Genehmigungspflicht

Bitte beachten Sie, dass die Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde der vorherigen Genehmigung durch die KV bedarf. Nähere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Videosprechstunde*.

Vergütung

Die neu in den EBM aufgenommene GOP 01451 wird extrabudgetär vergütet.

Optische Kohärenztomografie (OCT)

Ab dem 1. Oktober 2019 kann die optische Kohärenztomografie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (IVOM) bei Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) oder mit einem Makulaödem im Zusammenhang mit einer diabetischen Retinopathie (DMÖ) als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Wir informieren bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 5/2019, Seite 73 über die Aufnahme des Untersu-

chungsverfahrens für die beiden vorgenannten Erkrankungen in die Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Zur Abbildung der OCT als diagnostisches Verfahren und zur Therapiesteuerung einer intravitrealen Medikamenteneingabe (IVOM) hat der Bewertungsausschuss in seiner 451. Sitzung vom 17. September 2019 nun die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen in den Abschnitt 6.3 des EBM beschlossen.

OCT als diagnostisches Verfahren

GOP 06336 – Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Diagnostik gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

Bewertung 399 Punkte
Preis B€GO 43,18 Euro

GOP 06337 – Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Diagnostik gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

Bewertung 399 Punkte
Preis B€GO 43,18 Euro

Bei der Abrechnung der GOPen 06336 und 06337 ist Folgendes zu beachten:

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- jeweils einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

- jeweils innerhalb von 26 Tagen höchstens einmal berechnungsfähig
- Im Behandlungsfall ist die OCT zur Diagnostik am gleichen Auge nicht neben der Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer IVOM (rechts: GOP 06334/ links: GOP 06335) und nicht neben der OCT zur Therapiesteuerung (rechts: GOP 06338/ links: GOP 06339) berechnungsfähig.

OCT zur Therapiesteuerung

GOP 06338 – Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Therapiesteuerung gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

Bewertung 399 Punkte
Preis B€GO 43,18 Euro

GOP 06339 – Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Therapiesteuerung gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

Bewertung 399 Punkte
Preis B€GO 43,18 Euro

Bei der Abrechnung der GOPen 06338 und 06339 ist Folgendes zu beachten:

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich
- jeweils einmal am Behandlungstag berechnungsfähig
- jeweils innerhalb von 26 Tagen höchstens einmal berechnungsfähig

- Im Zeitraum von drei Wochen nach einer am Auge durchgeführten IVOM (rechts: GOP 31371 beziehungsweise GOP 36371 / links: GOP 31372 beziehungsweise GOP 36372 / beidseitig: 31373 beziehungsweise 36373) ist die OCT zur Therapiesteuerung am selben Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten IVOM am selben Auge ist anzugeben (Feldkennung 5034 „OP-Datum“).
- innerhalb von zwölf Monaten nach einer am selben Auge durchgeführten IVOM höchstens sechsmal berechnungsfähig
- Sind mehrere Ärzte – gegebenenfalls praxisübergreifend – an der Erbringung der OCT zur Therapiesteuerung beteiligt, muss der die GOP abrechnende Arzt sicherstellen, dass die oben genannten Zeiträume eingehalten werden.

Nachsorge nach IVOM – Berechnungszeiträume angepasst

Im Zuge der Aufnahme der neuen Leistungen für die OCT zur Therapiesteuerung wurden bei den bestehenden Zusatzpauschalen für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer IVOM-Therapie (GOPen 06334 und 06335 EBM) der zeitliche Abstand zwischen intravitrealer Medikamenteneingabe und Nachsorge sowie zwischen den einzelnen Verlaufskontrollen angepasst.

Ab dem 1. Oktober 2019 gelten die folgenden neuen Zeiträume für die GOPen 06334 und 06335:

- Jeweils im Zeitraum von **drei Wochen** (bisher sechs Wochen) nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge (GOP 31371 beziehungsweise GOP

36371) beziehungsweise linke Auge (GOP 31372 beziehungsweise GOP 36372) nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten IVOM in das rechte beziehungsweise linke Auge ist anzugeben (Feldkennung 5034 „OP-Datum“).

- jeweils im Zeitraum **von 26 Tagen** (bisher 28 Tage) einmal berechnungsfähig
- weiterhin – wie bisher – jeweils höchstens sechsmal innerhalb von zwölf Monaten nach der letzten IVOM in das rechte beziehungsweise linke Auge berechnungsfähig

Sind mehrere Ärzte – gegebenenfalls praxisübergreifend – an der Erbringung der GOP 06334 beziehungsweise GOP 06335 beteiligt, achten Sie bitte darauf, dass der die GOP 06334 beziehungsweise GOP 06335 abrechnende Arzt die Einhaltung der oben genannten Zeiträume sicherstellt.

Aufnahme der neuen GOPen in Anhang 3 zum EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der GOPen 06336 bis 06339 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst und die neuen Leistungen für die OCT der fachärztliche Grundversorgung (PFG) zugerechnet.

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 06336 bis 06339 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist

mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Regionale Vereinbarungen

Trotz Einführung der OCT in den EBM werden die IVOM-Verträge mit dem BKK Landesverband und der DAK-Gesundheit zunächst fortgesetzt. Sollten sich hierzu Änderungen ergeben, informieren wir die Vertragsteilnehmer in einem gesonderten Rundschreiben.

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

EBM – Änderungen zur Videosprechstunde

Der Bewertungsausschuss hat kurzfristig in seiner 453. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Durchführung von Videosprechstunden ausgeweitet und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend angepasst.

Schnellüberblick: Was ändert sich?

- Fachgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen (ausgenommen Gebührenordnungspositionen (GOPen) 03030, 04030, 12220, 12225, 17210, 19210, 24210 bis 24212, 25210, 25211 und 25213) sind jetzt auch beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig.
- Bei ausschließlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Rahmen einer Videosprechstunde im Behandlungsfall erfolgen je nach Fachgruppe Abschläge in Höhe von 20, 25 beziehungsweise 30 Prozent auf die jeweilige Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale sowie auf bestimmte Zuschläge und Zusatzpauschalen. Diese Fälle sind in der Abrechnung mit der Kennnummer 88220 zu kennzeichnen. Der Abschlag wird in allen Fällen mit Kennnummer 88220 automatisch durch die KVB vorgenommen.
- Die GOP 01439 wird zum 1. Oktober 2019 gestrichen und ist künftig nicht mehr berechnungsfähig.
- Aufnahme von zwei neuen GOPen:
 - **GOP 01442 (64 Punkte/6,92 Euro):**
Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft oder den

Vertretung Suchtmedizin – Abrechnungshinweise

Pflegekräften eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und des Arztes, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten koordiniert

■ GOP 01444 (10 Punkte/ 1,08 Euro):

Zuschlag zu bestimmten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen für den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen der Praxis unbekanntem Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren, da die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Als unbekannter Patient gilt im Rahmen dieser Regelung ein Patient, der im laufenden Quartal oder im Vorquartal nicht in der Praxis behandelt wurde.

- Für bestimmte GOPen des Kapitels 35 (psychotherapeutische Leistungen), die neuropsychologische Therapie (GOP 30932), die Fallkonferenzen sowie Fallbesprechungen zur Hyperbaren Sauerstofftherapie (GOP 30210), Schmerztherapie (GOP 30706), MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz (GOP 30948) und Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GOP 37400) sowie die Gesprächsleistungen nach den GOPen 03230, 04230, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221 und 23220 wird die Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. Diese Fälle sind in der Abrechnung mit einer bundeseinheitlich

kodierten Zusatzkennnummer zu kennzeichnen.

- Durch Änderung der Leistungslegende kann der Technikerzuschlag nach GOP 01450 neu auch im Zusammenhang mit den Fallkonferenzen (nur vom initiiierenden Vertragsarzt berechnungsfähig), den vorgenannten Leistungen des Abschnitts 30.11 und Kapitels 35 sowie von Humanogenetikern und ermächtigten Ärzten berechnet werden.

Details zu den Abrechnungsvoraussetzungen (wie zum Beispiel konkrete Leistungsinhalte, berechnete Fachgruppen, notwendige Kennzeichnungen und Abrechnungsausschlüsse) entnehmen Sie bitte dem Beschluss unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse beziehungsweise den Praxismeldungen vom 10. Oktober 2019 unter www.kbv.de in der Rubrik Aktuell/Praxismeldungen oder unseren detaillierten Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/Weitere Informationen (EBM-Änderungen je Quartal)*.

Bitte beachten Sie, dass die Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde der vorherigen Genehmigung durch die KV bedarf. Ausführliche Erläuterungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Videosprechstunde*.

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

In einem Rundschreiben hatten wir bereits berichtet, dass mit einer Neufassung des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) Anfang des Jahres eine Rechtsänderung im Bereich der Vertretung von Suchtmedizinern erfolgt ist. Es hat eine Anpassung der vertragsärztlichen Rechtsnormen an die Vorgaben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) stattgefunden.

Die Vertretung ist seit Anfang des Jahres unter den erleichterten Bedingungen der BtMVV möglich. Innerhalb eines zusammenhängenden Zeitraums von bis zu vier Wochen und höchstens insgesamt zwölf Wochen kann eine Vertretung auch erfolgen, wenn der Vertreter nicht über die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügt, unter der Voraussetzung, dass kein qualifizierter Vertreter gefunden wurde.

Vonseiten der Abrechnung ist Folgendes zu beachten:

Wird die Substitution nach den GOP 01949ff EBM durch einen nicht in der Suchtmedizin qualifizierten Vertreter durchgeführt, muss der Vertreter diese Leistungen mit „V“ kennzeichnen und den Schein in der Abrechnung als Vertreterschein anlegen.

Für die Vertretung **innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)** bitten wir folgende Regelung zu beachten:

Da es keine echte Vertretung innerhalb der BAG gibt, weil es sich um **gemeinsame Patienten der BAG** handelt und jeder der Ärzte der BAG seine eigene LANR auch im „Vertretungsfall“ verwenden muss,

Früherkennungs-Mammographie – Bewertung angehoben

muss sichergestellt werden, dass Ärzte einer BAG von den erleichterten Möglichkeiten der BTMVV Gebrauch machen können und abrechnungsseitig eine ordnungsgemäße Umsetzung erfolgt.

Wird die Substitution nach den GOP 01949ff EBM in einer BAG durch einen nicht in der Suchtmedizin qualifizierten Arzt der BAG für einen qualifizierten Arzt durchgeführt, muss der Arzt, der die Substitution durchführt, die Leistung mit **V** ansetzen und im **freien Begründungstext (FK5009) den Vertretenen namentlich benennen**, zum Beispiel 01949V „Vertr. für Dr. Muster“.

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

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 die Bewertung der Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings um fünf Punkte angehoben.

auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse. Er

GOP	Beschreibung	Bewertung alt in Punkten	Bewertung neu in Punkten
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings	553 (59,85 Euro)	558 (60,39 Euro)

Hintergrund der Bewertungsanhebung

Zum 1. Oktober 2016 wurde das ärztliche Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screenings aus der Gebührenordnungsposition 01750 ausgegliedert und als eigenständige Gebührenordnungsposition 01751 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet. Der Bewertungsausschuss hatte damals beschlossen, die Leistungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition 01751 und die Anzahl der Behandlungsfälle mit der Gebührenordnungsposition 01751 im Vergleich zur Leistungshäufigkeit der Gebührenordnungsposition 01750 für den Zeitraum von sechs Abrechnungsjahren zu analysieren und die Bewertung der Gebührenordnungsposition 01750 erstmalig bis spätestens zum 1. Juli 2019 sowie bis spätestens zum 1. Juli 2023 zu überprüfen. Die Evaluation hat nun ergeben, dass das Gespräch nicht in der erwarteten Häufigkeit abgerechnet wird.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung vom 17. September 2019 finden Sie

steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

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

Soziotherapie – Verordnung auch für berechtigte ärztliche Psychotherapeuten

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 können die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 für die Verordnung von Soziotherapie jetzt auch von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten abgerechnet werden, wenn sie nach der Soziotherapie-Richtlinie die Erst- und Folgeverordnung aufgrund ihres Fachgebiets ausstellen dürfen.

Weitere Informationen zur Verordnung von Soziotherapie durch Psychotherapeuten finden Sie auch in unserer Ausgabe „Verordnung Aktuell“ vom 3. April 2018.

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 451. Sitzung vom 17. September 2019 die Aufnahme einer entsprechenden Regelung in Nummer 4 der Präambel zu Kapitel 23 (Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen – ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) des EBM beschlossen.

Zudem wurde die ursprünglich bis zum 31. März 2020 befristete extrabudgetäre Vergütung der Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 bis zum 31. März 2021 verlängert.

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

Verordnung von Sehhilfen

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) hat der Gesetzgeber schon im Jahr 2017 den Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Geändert hatte sich der Anspruch bei Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe: Anspruch haben seitdem auch Erwachsene mit verordneter Fernkorrektur ab 6,25 dpt Myopie oder Hyperopie oder ab 4,25 dpt Astigmatismus.

Mitte September 2019 ist nun auch der Beschluss des G-BA darüber in Kraft getreten, dass bei der Folgeversorgung mit Sehhilfen bei Erwachsenen mit schwerer Sehbeeinträchtigung künftig kein Arztvorbehalt mehr besteht. Alle weiteren Details lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von Sehhilfen für Erwachsene“.

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

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Bitte beachten Sie die Abgrenzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) von der häuslichen und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat klargestellt, dass bei einer Versorgung im Rahmen einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung keine gleichzeitige Verordnung von häuslicher und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erfolgen darf. Bei der StäB handelt es sich um eine Krankenhausleistung im häuslichen Umfeld von psychisch erkrankten Menschen.

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

HPV-Impfstoffe richtig verordnen

HPV-Impfstoffe sind **ab 1. Oktober 2019 im Sprechstundenbedarf** zu beziehen, auch wenn nur eine einzige Impfdosis benötigt wird. Die Verordnung hat bedarfsgerecht in wirtschaftlichen Großpackungen zu erfolgen. In der nächsten Aktualisierung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, die Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Sprechstundenbedarf* finden, wird die „Anlage Impfstoffe“ um den HPV-Impfstoff ergänzt.

Weitere Informationen lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell „HPV-Impfstoff (Gardasil® 9, Cervarix®) richtig verordnen!“ vom 26. September 2019.

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

AOK Bayern: Anspruchsnachweise nicht per Fax

Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung hat jeder Versicherte seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorzulegen. Gemäß Paragraf 19 Absatz 1 und 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in Verbindung mit Anlage 4a, Anhang 1 BMV-Ä, kann im Einzelfall ein papiergebundener Anspruchsnachweis ausgegeben werden.

Gerade am Ende eines jeden Quartals werden bei den Krankenkassen sehr viele Anspruchsnachweise von Vertragsärzten und -psychotherapeuten angefordert. Die AOK Bayern bietet ihren Versicherten an, Abrechnungsscheine oder Ersatzbescheinigungen direkt an den behandelnden Arzt bereitzustellen.

Die AOK weist in diesem Zusammenhang aber darauf hin, dass sie es zum Schutz der Sozialdaten ihrer Versicherten ablehnt, Abrechnungsscheine oder Ersatzbescheinigungen per Fax zu übermitteln. Eine Übermittlung von Anspruchsnachweisen direkt an Arzt- oder Psychotherapeutenpraxen ist im Falle der AOK Bayern ausschließlich mittels ePost (www.deutschepost.de/de/e/epost.html) möglich. Sollten Sie über einen eigenen ePost-Zugang verfügen, erhalten Sie die Anspruchsnachweise umgehend über diesen elektronischen Übermittlungsweg. Wenn Sie keinen ePost-Zugang haben, erhalten Sie die Nachweise auf dem normalen Postweg.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis zu den Seminaren 2020

Die neuen Seminare und Seminartermine 2020 werden voraussichtlich ab Mitte November 2019 unter www.kvb.de unter der Rubrik *Service/Fortbildung/Terminsuche* veröffentlicht. Die Seminarbroschüre 2020 versenden wir Anfang Dezember 2019 an die Praxen.

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

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

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Fortgeschrittene

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma-COPD

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsfortbildung

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

Fachseminare

Notfalltraining für das Praxisteam

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 3

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Führungsseminare

Führungskräfte in der Praxis - Kommunikation

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. November 2019 10. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. November 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2019 27. November 2019 3. Dezember 2019 11. Dezember 2019	10.00 bis 13.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Augsburg Würzburg Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	45,- Euro	13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	20. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	23. November 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	30. November 2019 18. Dezember 2019	10.00 bis 15.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	7. Dezember 2019	9.30 bis 15.45 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	30. November und 7. Dezember 2019 13. Dezember und 14. Dezember 2019	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	30. November 2019	13.30 bis 17.15 Uhr	Würzburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	23. November 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. November 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	27. November 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	4. Dezember 2019	16.00 bis 21.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. November 2019 11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	13. November 2019 4. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Augsburg

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft – für Psychotherapeuten

Niederlassung & Praxisabgabe

Informationen und Tipps, wenn Sie als angestellter Arzt/Psychotherapeut tätig werden wollen

Gründer- und Abgeberforum

Praxisführung in der Psychotherapeutenpraxis: Informationen und Tipps

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Personalführung

Konfliktmanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Start-Up – ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Praxismanagement

Beschwerdemanagement

Patientengespräche zielgerichtet führen

So läuft's rund - Selbstorganisation und effizientes Arbeiten im Unternehmen Praxis

Qualitätsmanagement & Hygiene

Einführung in den Arbeitsschutz

QEP® - Einführungsseminar für Psychotherapeuten

QEP® - Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Selbstmanagement

Grenzen setzen - Grenzen achten

Fachkompetent und empathisch - kein Gegensatz

Telefontraining

Telefontraining für die Praxis

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Verordnung

Verordnungen I - Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	3. Dezember 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	13. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Existenzgründer, Praxisinhaber	kostenfrei	16. November 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		29. November 2019	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		7. Dezember 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
		7. Dezember 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	26. November 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	27. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	6. Dezember bis 7. Dezember 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	29. November bis 30. November 2019	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Dezember 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	15. November 2019 23. November 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 10.00 bis 14.00 Uhr	Straubing Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. November 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg

KVBIINFOS 12|19

ABRECHNUNG

- 162 Die nächsten Zahlungstermine
- 162 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2019
- 164 Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2020
- 164 EBM-Änderungen: Ausweitung der Videosprechstunde
- 169 EBM: Proktoskopie neben kurativer Koloskopie
- 170 Bereitschaftspauschale GOP 01435
- 171 ICD-10-GM: Ersatzwert „UUU“ entfällt

VERORDNUNG

- 172 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 173 Schutz vor Rückforderungen
- 173 GKV-Heilmittelstatistik im KVB-Mitgliederportal
- 174 Herpes-Zoster – anhaltender Lieferengpass

ALLGEMEINES

- 174 Nachweis AU während teilstationärer Behandlung

SEMINARE

- 175 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 177 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 180 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

Zahlungstermine 2020

13. Januar 2020
Abschlagszahlung Dezember 2019

31. Januar 2020
Restzahlung 3/2019

10. Februar 2020
Abschlagszahlung Januar 2020

10. März 2020
Abschlagszahlung Februar 2020

9. April 2020
Abschlagszahlung März 2020

30. April 2020
Restzahlung 4/2019

11. Mai 2020
Abschlagszahlung April 2020

10. Juni 2020
Abschlagszahlung Mai 2020

10. Juli 2020
Abschlagszahlung Juni 2020

31. Juli 2020
Restzahlung 1/2020

10. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2020

10. September 2020
Abschlagszahlung August 2020

12. Oktober 2020
Abschlagszahlung September 2020

30. Oktober 2020
Restzahlung 2/2020

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2019 bis spätestens **Freitag, den 10. Januar 2020**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraf 3 Absatz 3 Satz 2): Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei beigefügt werden.

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Hinweis: neue Regelung bei der Abrechnung der besonderen Sozialhilfeempfänger

Ab dem Abrechnungsquartal 4/2019 ist bei den **bayerischen besonderen Sozialhilfeempfängern** das Einreichen der Behandlungsscheine nicht mehr erforderlich. Diese sind fünf Jahre in der Praxis aufzubewahren. Behandlungsscheine von **außerbayerischen Kostenträgern** sind weiterhin einzureichen.

Bei der Abrechnung der **unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge**

sind – wie bisher – die Behandlungsscheine bei der KVB einzureichen.

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelerklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Personalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

Hinweis: Die Abgabe der Sammelerklärung mit Garantiefunktion ist Voraussetzung für die Entstehung des Honoraranspruchs des einzelnen Vertragsarztes (BSG, Urteil vom 17. September 1997, 6 RKA 86/95 Rn 19f.). **Fehlt** die ordnungsgemäße **Sammelerklärung**, darf die KVB die „abgerechneten“ Leistungen nicht vergüten, da somit **kein Honoraranspruch** entstanden ist.

Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kos-

tenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich nur auf die Abrechnung nicht bereits verjährter Fälle und nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emDoc@kvb.de

Bayerische Euro-Gebührenordnung ab 1. Januar 2020

Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage der B€GO ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem der Inhalt der ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festgelegt sind.

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Regional – das heißt zwischen der KVB und den Krankenkassen in Bayern – wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2020 ein einheitlicher bayerischer Punktwert **in Höhe von 10,9871 Cent** abgestimmt. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert zum 1. Januar 2020.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung stellen wir Ihnen ausschließlich unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM* bereit. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder Ihnen technische Probleme den Zugriff verwehren, können Sie die Bayerische Euro-Gebührenordnung auf CD per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

EBM-Änderungen: Ausweitung der Videosprechstunde

Zur Förderung der Videosprechstunde nach Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) hat der Bewertungsausschuss in seiner 453. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Die betroffenen Praxen wurden hierüber bereits informiert.

Bereits zum 1. April 2019 wurde die Videosprechstunde für alle Indikationen und damit im Grundsatz bereits auch für die Psychotherapie geöffnet. Die Videosprechstunde kann ab dem 1. Oktober nun von Vertretern fast aller Fachgruppen durchgeführt und berechnet werden, ausgenommen sind nur Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen. Auch ermächtigte Ärzte können Patienten per Video behandeln.

Die Videosprechstunde wird ab dem 1. Oktober 2019 über die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen vergütet, auch in Fällen, in denen ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattfinden.

Die elektronische Visite ist zudem auch bei „neuen“ Patienten berechnungsfähig, bislang musste der Arzt den Patienten kennen. Für die Authentifizierung neuer Patienten und zur Anschubfinanzierung gibt es neue Gebührenordnungspositionen (GOPen) im EBM. Der bereits bestehende Technikzuschlag nach GOP 01450 kann weiterhin abgerechnet werden.

Details entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Ausführungen, den

Praxisnachrichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 10. Oktober 2019 unter www.kbv.de in der Rubrik Aktuell/Praxisnachrichten sowie weiteren Informationen unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM/Weitere Informationen (EBM-Änderungen je Quartal)*.

Vergütung über Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Die bisherige GOP 01439 (= Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde) wird mit Wirkung zum 30. September 2019 gestrichen und kann nicht mehr abgerechnet werden.

Stattdessen können Sie ab dem 1. Oktober 2019 bereits beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde Ihre fachgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abrechnen (ausgenommen sind die Pauschalen nach GOpEn 03030, 04030, 12220, 12225, 25210, 25211 und 25213).

Volle Vergütung bei weiterem persönlichem APK im Quartal

Die abgerechnete Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nebst Zuschlägen wird in voller Höhe vergütet, wenn im selben Quartal noch ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Abschlag bei ausschließlichen Kontakten per Videosprechstunde im Quartal

Kommt der Patient in dem Quartal nicht mehr persönlich in die Praxis und bleibt es somit bei dem Kontakt in der Videosprechstunde, wird durch die KVB ein prozentualer Abschlag auf die abgerechnete Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale und die sich auf diese beziehenden Zuschläge/Zusatzpauschalen vorgenommen. Die Anzahl dieser Behandlungsfälle ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Vertragsarztes/Psychotherapeuten beschränkt.

Wichtig:

Tragen Sie bitte zusätzlich zur abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale **die Pseudo-**

GOP 88220 in Ihre Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“), wenn Sie einen Patienten **im Quartal ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde** behandelt haben (das heißt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal). So können wir die entsprechenden Fälle identifizieren und den Abschlag automatisiert vornehmen.

Der prozentuale Abschlag auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch (siehe Abbildung unten).

Der Abschlag entfällt, wenn im selben Behandlungsfall ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt. Denken Sie daher daran, die gegebenenfalls beim Erstkontakt in der Videosprechstunde eingetragene Kennzeichnungs-GOP 88220 wieder aus der Abrechnung zu löschen, sobald der Patient im gleichen Quartal noch persönlich in die Praxis kommt.

Die fachgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale kann bei einem persönlichen

Abschlag in Höhe von 20 Prozent	Abschlag in Höhe von 25 Prozent	Abschlag in Höhe von 30 Prozent
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hausärzte ■ Kinder- und Jugendmedizin ■ Neurologie/Neurochirurgie ■ Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie ■ Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie ■ Schmerztherapie ■ Strahlentherapie (nur GOP 25214) ■ Ermächtigte Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gynäkologen ■ Chirurgie ■ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ■ Humangenetik ■ Dermatologie ■ Orthopädie ■ Urologie ■ Physikalische und Rehabilitative Medizin ■ Innere Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anästhesie ■ Augenheilkunde ■ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Phoniatrie

Arzt-Patienten-Kontakt und einem Videosprechstunden-Kontakt weiterhin insgesamt nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Weitere Hinweise bei ausschließlicher Behandlung per Videosprechstunde

- Die hausärztlichen und fachärztlichen Zuschläge zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sind – sofern die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind – möglich:
 - Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040/04040) – *wird automatisch durch die KVB zugesetzt*
 - Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten (GOPen 03060/03061) – *wird automatisch durch die KVB zugesetzt*
 - Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmungen 4.3.8 EBM (PFG) – *wird automatisch durch die KVB zugesetzt*
 - Zuschlag für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225)
- Die GOPen für den Medikationsplan (GOP 01630 beziehungsweise automatisiert von der KVB zugefügte fachgruppenspezifische Zuschläge), den Notfalldatensatz (GOP 01641) und den Wirtschaftlichkeitsbonus (von KVB automatisiert zugefügte GOP 32001) sind nicht berechnungsfähig.

- Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen für
 - fachgleiche/homogene Praxen (10 Prozent-Aufschlag bei Fachärzten gemäß Allgemeiner Bestimmungen 5.1 EBM, 22,5 Prozent-Aufschlag bei Haus- und Kinderärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 8 beziehungsweise 4.1 Nr. 11 EBM)
 - fachärztliche Tätigkeit durch Kinderärzte mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (60 Prozent-Aufschlag gemäß Präambel 4.1 Nr. 4 EBM)
 - die Zuschläge für die TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmungen 4.3.10 EBM werden auf die reduzierten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen gewährt.

Psychotherapie und Gesprächsleistungen per Video

Im Rahmen einer Videosprechstunde können nunmehr bestimmte Maßnahmen der Richtlinien-Therapie (Kapitel 35 EBM) und der Neuropsychologie (Abschnitts 30.11 EBM) durchgeführt und abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass zuvor ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung mit dem Patienten stattgefunden hat. Es dürfen nur solche Maßnahmen der Richtlinien-Therapie im Rahmen der Videosprechstunde durchgeführt und abgerechnet werden, für die das psychotherapeutische Berufsrecht und die Psychotherapie-Vereinbarung keinen persönlichen Kontakt vorgeben (nicht per Video möglich sind zum Beispiel Sprechstunden, Probatorik, Akutbehandlung, Gruppenpsychotherapie und Hypnose). Auch sind weite-

re Gesprächsleistungen, die nach ihrer Leistungsbeschreibung im EBM im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden können, für Ärzte und Psychotherapeuten berechnungsfähig.

Wichtig:

Der Vergütungsübersicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/Auswahl Weitere Informationen (EBM-Änderungen je Quartal)* können Sie entnehmen, welche GOPen im Rahmen der Videosprechstunde abgerechnet werden können.

Begrenzung der Psychotherapie und Gesprächsleistungen per Video

Es dürfen maximal 20 Prozent der jeweiligen psychotherapeutischen Leistungen beziehungsweise Gesprächsleistungen im Quartal per Videosprechstunde erfolgen (Obergrenze je Gebührenordnungsposition und Vertragsarzt/-therapeut), für den Rest ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.

Die abgerechneten GOPen sind in der Abrechnung wie folgt zu dokumentieren:

Bitte **tragen Sie** die zutreffenden GOPen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, mit dem **Buchstabenzusatz „V“** in Ihrer Abrechnung ein (KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“). Beispiel: 03230V, 35110V etc.

Zu beachten bei psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2:

- Bei der **Einbeziehung von Bezugspersonen** sind die Leistungen, die im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden, an Stelle der GOP mit

der üblichen B-Kennzeichnung mit dem **Buchstaben „W“** abzurechnen (zum Beispiel 35401W).

- Bei Durchführung einer **Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe** per Video kennzeichnen Sie die jeweiligen GOPen mit dem **Buchstaben „Y“** (zum Beispiel 35405Y), bei **Einbeziehung von Bezugspersonen** hier die jeweilige Gebührenordnungsposition mit dem **Buchstaben „Z“** (zum Beispiel 35405Z).

Obergrenze für Technikzuschlag bei Gruppenbehandlung

Für den Technikzuschlag nach GOP 01450 gilt bei „Übenden Interventionen“ als Gruppenbehandlung (GOPen 35112 und 35113) ein Höchstwert von 40 Punkten, aus dem alle gemäß der GOP 01450 durchgeführten Leistungen je Gruppenbehandlung vergütet werden. Das bedeutet, dass der **Technikzuschlag GOP 01450 bei den Übenden Interventionen** nicht einmal je Teilnehmer, sondern **nur einmal je Gruppe** (das heißt nur bei einem Teilnehmer der Gruppe) angesetzt werden kann.

Neue GOP für Authentifizierung neuer Patienten

Zur Vergütung des zusätzlichen Aufwands in der Praxis, um einen unbekanntem Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren (schließlich können die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden), wurde zeitlich befristet bis zum 30. September 2021 eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufgenommen.

NEU: GOP 01444 – Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den

GOPen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und zu den Grund- und Konsiliarpauschalen nach den GOPen 01320, 01321, 25214 und 30700 für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten gemäß Anlage 4b zum BMV-Ä im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durch das Praxispersonal

EBM Bewertung: 10 Punkte
Preis B€GO: 1,08 Euro

- einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
- Nur berechnungsfähig, wenn im Behandlungsfall **ausschließlich** Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden oder im Behandlungsfall ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde vor einem persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.
- Als unbekannter Patient gilt im Rahmen dieser Regelung ein Patient, der im aktuellen Quartal oder im Vorquartal nicht in der Praxis behandelt wurde.

Fallkonferenzen/Fallbesprechungen per Video

In der Pflege

Fallkonferenzen zwischen Ärzten und den an der Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit oder einem Pflegeheim/beschützenden Einrichtung beteiligten Pflegekräften können nunmehr auch per Videosprechstunde erfolgen (bisher nur bei den GOPen 37120 beziehungsweise 37320 möglich). Hierfür wurde eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufgenommen.

NEU: GOP 01442 – Videofallkonferenz mit der an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

EBM Bewertung: 64 Punkte
Preis B€GO: 6,92 Euro

- dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei derselben Arztpraxis stattgefunden hat.
- In derselben Sitzung nicht neben den Fallkonferenzen nach den GOPen 01758, 30210, 30706, 30948, 37120 und 37320 sowie der Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater (GOP 37400) berechnungsfähig.

Bei anderen Fallkonferenzen/-besprechungen

Künftig ebenfalls per Videosprechstunde berechnungsfähig sind die Fallkonferenzen/Fallbesprechungen der Hyperbaren Sauerstofftherapie (GOP 30210), Schmerztherapie (GOP 30706), MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz (GOP 30948) und Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GOP 37400).

Technikzuschlag bei Fallkonferenzen/-besprechungen

Für den Technikzuschlag nach GOP 01450 gilt für Fallkonferenzen und Fallbesprechungen je Videofallkonferenz ein Höchstwert von 40 Punkten je Arzt. Der Technikzuschlag kann in diesen Fällen nur vom initiierten Arzt einmal je Fallkonferenz abgerechnet werden.

Anschubförderung Videosprechstunde

Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 und zeitlich befristet bis zum 30. September 2021 wurde eine Anschubförderung zur Ausweitung und Etablierung von Videosprechstunden eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01451 – Anschubförderung für Videosprechstunden gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä im Rahmen der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung

EBM Bewertung: 92 Punkte
Preis B€GO: 9,96 Euro

- je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde
- Die GOP 01451 wird je durchgeführter Videosprechstunde (GOP 01450) **automatisch von der KVB zugesetzt**, sofern die Praxis mindestens 15 Videosprechstunden nach der GOP 01450 im Quartal durchgeführt hat.
- Für die GOP 01451 wird ein Punktzahlvolumen je Praxis gebildet. Der Höchstwert für die Vergütung der GOP 01451 beträgt je Praxis im Quartal 4.620 Punkte (zirka 500,- Euro).

Folgeanpassungen im EBM

Notwendige Kontakte bei Chronikerpauschalen

Die Regelungen zu den Chronikerpauschalen (GOPen 03220 und 03221/04220 und 04221) werden dahingehend angepasst, dass einer der beiden im Zeitraum der letzten vier Quartale notwendigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte nun

auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen kann.

Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)

Die GOP 32001 wird weiterhin nur in Behandlungsfällen mit Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt zugefügt. Für die Berechnung der oberen und unteren Grenzwerte sowie des arztpraxis-spezifischen Fallwerts werden ebenfalls nur die Behandlungsfälle mit Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt herangezogen. Die Präambel 32.1 EBM wurde entsprechend präzisiert.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01442 und 01444 empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Genehmigung

Auch die neuen GOPen setzen für die Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde eine vorherige Genehmigung durch die KV voraus. Ärzte und psychologische Psychotherapeuten, die bereits über eine Genehmigung für die GOP 01450 verfügen, können die neuen GOPen 01442 und 01444 abrechnen.

Informationen zur apparativen Ausstattung sowie zu Anforderungen in Bezug auf den Videodienstanbieter finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Video-*

sprechstunde. An gleicher Stelle sind sämtliche rechtlichen Grundlagen eingestellt, beispielsweise die „Vereinbarung Videosprechstunde“, in der Details wie Anforderungen an die Teilnehmer und an den Vertragsarzt festgehalten sind.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 453. Sitzung wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

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

EBM: Proktoskopie neben kurativer Koloskopie

Die Proktoskopie ist nicht Bestandteil der kurativen Koloskopie nach Gebührenordnungsposition (GOP) 13421. Hinsichtlich der Abrechnung der Proktoskopie neben der kurativen Koloskopie ist wie folgt zu differenzieren:

- Für **Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie** ist neben der kurativen Koloskopie (GOP 13421) die Proktoskopie nach GOP 30600 berechnungsfähig. Die Abrechnung der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie im Auftragsfall nach GOP 13257 und der Zusatzpauschale für die fachinternistische Behandlung nach GOP 13250 (obligater Leistungsinhalt ist sowohl die proktoskopische als auch rektoskopische Untersuchung) ist hingegen im Behandlungsfall für den Gastroenterologen neben der kurativen Koloskopie (GOP 13421) nicht möglich.
- **Internisten ohne Schwerpunkt** können neben der kurativen Koloskopie (GOP 13421) für die prokto-/rektoskopische Untersuchung die GOP 13250 abrechnen. Um die GOP 13250 abrechnen zu können, muss sowohl eine Proktoskopie als auch eine Rektoskopie durchgeführt werden. Die Abrechnung der Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie im Auftragsfall nach GOP 13257

ist im Behandlungsfall neben der kurativen Koloskopie (GOP 13421) auch hier nicht möglich. Die Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie nach GOP 30600 ist für den Internisten ohne Schwerpunkt nur mit einem durch die KVB genehmigten Versorgungsschwerpunkt abrechenbar.

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

Bereitschaftspauschale

GOP 01435

Die haus- beziehungsweise fach-ärztliche Bereitschaftspauschale gemäß GOP 01435 vergütet alleinige telefonische Beratungen des Patienten im Quartal im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt oder mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte*. Die Kontaktaufnahme muss durch den Patienten erfolgen. In der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 EBM wird grundsätzlich geregelt, dass ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte (APK) und andere mittelbare APK im Behandlungsfall (Paragraf 21 Absatz 1 Satz 1 BMV-Ä) nach der GOP 01435 abzurechnen sind. Diese allgemeine Regel wird durch die zweite Anmerkung zur GOP 01435 als speziellere Regelung für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)/MVZ präzisiert. Diese besagt, dass die GOP 01435 nicht berechnungsfähig ist, wenn in demselben Arztfall gemäß Paragraf 21 Absatz 1b BMV-Ä eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung kommt.

Für BAG/MVZ gilt aufgrund der vorgenannten Regelungen des EBM, dass sie die GOP 01435 nicht berechnen können, wenn in demselben Arztfall ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt.

Beispielfall:

In einer BAG mit zwei Vertragsärzten (Arzt A und Arzt B) erfolgt eine Behandlung mit einem persönlichen APK bei Arzt A. Dieser rechnet in seinem Arztfall eine Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale sowie gegebenenfalls weitere GOPen ab. Findet bei Arzt B im Anschluss – anderer Arztfall gemäß der 2. Anmerkung zur GOP 01435 – ausschließlich ein telefonischer beziehungsweise anderer mittelbarer APK statt, kann dieser die GOP

01435 berechnen. Diese Möglichkeit entfällt jedoch gemäß der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1, wenn Arzt B ebenfalls eine GOP mit persönlichem APK abrechnet.

* Mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein mittelbarer APK findet beispielsweise statt, wenn ein Arzt ein Telefonat oder persönliches Gespräch von Angesicht zu Angesicht mit einer vom Patienten legitimierten Person (Lebenspartner, Pflegedienstmitarbeiter) führt. Im selben Arztfall sind bei Ansatz der 01435 keine weiteren EBM-Gebührenordnungspositionen (GOPen) abrechenbar (Ausnahmen: Kostenpauschalen aus Kapitel 40, wie Porto oder Kopien wären im selben Arztfall abrechenbar, wenn die Leistungsinhalte erfüllt sind, oder eine zweite GOP 01435 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr im Behandlungsfall).

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

ICD-10-GM: Ersatzwert „UUU“ entfällt

Der bisherige Ersatzwert „UUU“ (Angabe einer ICD-10-GM Schlüsselnummer nicht erforderlich) wird zum 1. Januar 2020 komplett entfallen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben hierzu eine Neuregelung in den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) aufgenommen.

Labor: In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Für die nachfolgenden Konstellationen sieht die Neuregelung anstelle des „UUU“ den ICD-10-Kode „Z01.7 Laboruntersuchung“ mit Zusatzkennzeichen „G“ (Gesicherte Diagnose) vor:

- Dies gilt für alle Untersuchungen durch Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Fachärzte für Pathologie sowie Fachärzte für Neuropathologie.
- Für Ärzte anderer Fachgruppen gilt dies für Arztfälle, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakte durchgeführt werden (Ausnahme: Im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen). Dies gilt für folgende Abschnitte im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM):
 - 11.4 – In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen
 - 19.3 – Diagnostische pathologische Untersuchungen
 - 19.4 – In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen
 - 32.2 – Allgemeine Laboruntersuchungen
 - 32.3 – Speziallabor

- In-vitro-diagnostische Untersuchungen im Abschnitt 1.7 – Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- 8.5 – Reproduktionsmedizin

Sofern von diesen Ärzten anhand der durchgeführten Diagnostik jedoch eine spezifische Diagnose gestellt werden kann beziehungsweise für die Abrechnung im EBM gefordert wird, ist diese nach dem ICD-10-GM zu kodieren.

Radiologische Untersuchungen: Spezifische Kodierung notwendig

Radiologen müssen zukünftig – genau wie bisher die Humangenetiker und Nuklearmediziner – ihre Leistungen spezifisch nach ICD-10-GM kodieren. Gegebenenfalls ist hierbei die Überweisungsdiagnose zu kodieren. Grund hierfür ist, dass die Indikation für die radiologische Diagnostik durch den Radiologen jeweils vor Durchführung der Untersuchungen überprüft werden muss.

Mikrobiologische Untersuchung von Endoskopen

Bei Abrechnung der Kosten für die mikrobiologische Untersuchung von flexiblen Endoskopen wird zukünftig statt des Ersatzwerts „UUU“ der ICD-10-Kode „Z01.7 Laboruntersuchung“ verwendet.

Allgemein

Die allgemeine Verpflichtung in der vertragsärztlichen Versorgung zur Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM regeln die Allgemeinen Bestimmungen im Abschnitt 2.1 des EBM basierend auf Paragraf 295 SGB V.

Sie finden den Bundesmantelvertrag-Ärzte auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Verträge.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- Eye-Lotion Balanced Salt Solution – Änderung Befristung auf 14. Dezember 2021
- Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) – Änderung Befristung auf 16. September 2023
- Microvisc® plus – Änderung Befristung auf 31. Oktober 2021
- Oculentis BSS – Änderung Befristung auf 14. Dezember 2021
- PädiaSalin® 6 % – Aufnahme
- Serumwerk-Augenspüllösung BSS – Änderung Befristung auf 14. Dezember 2021

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im dritten Quartal 2019 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten:

- Apalutamid – Anwendungsgebiet: Behandlung von Männern mit nichtmetastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom
- Bedaquilin – Bewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze von einer Million Euro
- Blinatumomab – Anwendungsgebiet: akute lymphatische Leukämie, pädiatrische Patienten im Alter von einem Jahr oder älter. Anwendungsgebiet: akute lymphatische Leukämie, MRD-positive Patienten
- Brentuximab Vedotin – Anwendungsgebiet: Hodgkin-Lymphom, Erstlinie
- Brigatinib – Anwendungsgebiet:

Behandlung des Lungenkarzinoms bei mit Crizotinib vorbehandelten Erwachsenen

- Damoctocog alfa pegol – Therapiekosten
- Dapagliflozin – Therapiekosten
- Dapagliflozin/Metformin – Therapiekosten
- Doravirin – Anwendungsgebiet: Behandlung von Erwachsenen mit HIV-1 in Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln
- Doravirin/Lamivudin/Tenofovir-disoproxil – Anwendungsgebiet: Monotherapie bei Erwachsenen mit HIV-1
- Emicizumab – Anwendungsgebiet: Hämophilie A ohne Hemmkörper
- Erenumab – Änderung Patientenzahlen
- Ertugliflozin/Sitagliptin – Therapiekosten
- Fluticasonfuroat/Umeclidinium/Vilanterol – Anwendungsgebiet: COPD, die mit einer Kombination aus LAMA und LABA nicht ausreichend eingestellt ist – Änderung Patientenzahlen
- Galcanezumab – Anwendungsgebiet: Migräne-Prophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat
- Glycerolphénylbutyrat – Anwendungsgebiet: Harnstoffzyklusstörungen bei Säuglingen von 0 bis < 2 Monaten
- Insulin degludec – Therapiekosten und Anwendungsgebiet
- Insulin glargin/Lixisenatid – Therapiekosten
- Ipilimumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, in Kombination mit Nivolumab, Erstlinienbehandlung
- Ixazomib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Lanadelumab – Anwendungsgebiet:

biet: Prophylaxe von wiederkehrenden Attacken des hereditären Angioödems

- Lenvatinib – Bewertung nach Aufhebung des Orphan Drug-Status
- Lumacaftor/Ivacaftor – Anwendungsgebiet: zystische Fibrose, Patienten zwei bis fünf Jahre
- Melatonin – Anwendungsgebiet: Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von zwei bis 18 Jahren mit Autismus-Spektrumstörung und/oder Smith-Magenis-Syndrom
- Mexiletin – Anwendungsgebiet: Behandlung von Myotonie bei Erwachsenen mit nicht-dystrophen myotonischen Erkrankungen
- Nivolumab – Anwendungsgebiet: Nierenzellkarzinom, in Kombination mit Ipilimumab, Erstlinienbehandlung
- Palbociclib – Therapiekosten
- Pembrolizumab – Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, nicht-plattenepithelial, Erstlinie, Kombination mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie, Anwendungsgebiet: nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom, plattenepithelial, Erstlinie, Kombination mit Carboplatin und (nab-) Paclitaxel, Anwendungsgebiet: Melanom, adjuvante Therapie
- Pembrolizumab (Anwendungsgebiet: Kopf-Hals-Karzinom) – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Regadenoson – Anwendungsgebiet: Messung der fraktionellen Flussreserve
- Ribociclib – Anwendungsgebiet: Brustkrebs, in Kombination mit einem Aromatasehemmer, Anwendungsgebiet: Brustkrebs, in Kombination mit Fulvestrant

Schutz vor Rückforderungen

- Rucaparib – Anwendungsgebiet: Erhaltungstherapie, Anwendungsgebiet: nach mindestens zwei Vortherapien, mit BRCA-Mutationen
- Semaglutid – Therapiekosten
- Sitagliptin – Therapiekosten
- Tisagenlecleucel – Anwendungsgebiet: akute lymphatische B-Zell-Leukämie, Qualitätsgesicherte Anwendung

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

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

Wir haben unsere Publikation *Verordnung Aktuell* „Tipps zum Schutz vor Rückforderungen wegen hoher Verordnungsmengen“ um weitere Tipps zu Cannabis, Hypnotika/Hypnogene und Sedativa sowie Kontrazeptiva ergänzt und am 16. Oktober 2019 wieder veröffentlicht.

Das gilt auch für den Patientenhinweis, den wir um die Information zur Verordnungsmenge ergänzt haben (veröffentlicht am 31. Oktober 2019 unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Patientenhinweise*).

„Bei der Verordnung von Arzneimitteln wird dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht nur durch die Auswahl eines preisgünstigen Präparats Rechnung getragen, sondern auch durch die verordnete Menge. Vor jeder Wiederholung einer Verordnung muss ärztlicherseits geprüft werden, ob diese erforderlich ist und ob die verordnete Menge mit der vorgesehenen Anwendungsdauer übereinstimmt. Vertragsärzte dürfen Verordnungen nur ausstellen, wenn sie sich persönlich vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt haben oder wenn ihnen der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Deshalb ist grundsätzlich nicht mehr als der Quartalsbedarf zu verordnen.“

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

GKV-Heilmittelstatistik im KVB-Mitgliederportal

Unter „Meine KVB“ können Sie über die Kachel „Unterlagen einsehen“ auf Ihre Verordnungsakte LANR/Arzt zugreifen. Hier stellen wir Ihnen die vom GKV-Spitzenverband übermittelten arztbezogenen Arznei- und Heilmittelberichte zur Verfügung.

Mit dem Heilmittelbericht (GKV HIS) erhalten Sie eine quartalsbezogene Übersicht zur Ausgabenentwicklung, der Anzahl der von Ihnen ausgestellten Heilmittelverordnungen und die daraus abgerechneten Behandlungseinheiten im Vergleich zu den Werten Ihrer Fachgruppe.

Neben TOP-Listen nach Indikationsschlüsseln werden Detaildaten zu den häufig verordneten Einzelleistungen aufgliedert. Gerne unterstützen wir Sie bei der Bewertung der Berichtsdaten, insbesondere mit Blick auf die Verordnungsanteile nach Standardverordnungen, den besonderen Verordnungsbedarf sowie den langfristigen Heilmittelbedarf.

Der GKV-Spitzenverband informiert unter www.gkv-heilmittel.de über die HIS-Berichte. Hier finden Sie unter anderem eine Übersicht der Fachgruppen, für die Heilmittelberichte erstellt werden, sofern diese im Quartalsdurchschnitt mindestens 30 Verordnungen ausgestellt haben.

Ausfüllhilfen und eine Checkliste für die korrekte Verordnung von Heilmitteln finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel*.

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

Herpes-Zoster – anhaltender Lieferengpass

Nach wie vor liegt ein Lieferengpass des Herpes Zoster-Einzelimpfstoffes Shingrix® vor. Deshalb bleibt der Bezug der 10er-Packungen über den Sprechstundenbedarf bis auf Weiteres möglich. Wir informieren Sie umgehend, sobald wir von einer Auflösung der Lieferschwierigkeiten erfahren.

Grundsätzlich gilt weiterhin die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), dass vorhandene Impfdosen vorzugsweise zur Vervollständigung begonnener Impfserien zu verwenden sind. Dabei sollen mit Shingrix® begonnene Impfungen auf jeden Fall mit Shingrix® komplettiert werden. Solange Lieferschwierigkeiten bestehen, sollen neue Impfserien zudem nur begonnen werden, wenn die Verordnung der zweiten Impfdosis sichergestellt ist.

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

Nachweis AU während teil- stationärer Behandlung

Befindet sich ein Patient in teilstationärer Behandlung, gibt es für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (AU) zwei Möglichkeiten:

Formlose Bestätigung seitens des Krankenhauses

Das Krankenhaus kann eine formlose Bestätigung über die (voraussichtliche) Dauer der teilstationären Behandlung im Krankenhaus ausstellen. Diese sogenannte Liegebestätigung kann beim Arbeitgeber als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Eine Berechtigung des Krankenhauses zur Ausstellung formaler AU-Bescheinigungen nach Muster 1 besteht grundsätzlich nicht (Ausnahme: Entlassmanagement).

AU-Bescheinigung (Muster 1) seitens des Vertragsarztes

Alternativ **kann** bei teilstationären Behandlungen die Arbeitsunfähigkeit auch vom niedergelassenen Vertragsarzt mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß Muster 1 der Vordruckvereinbarung attestiert werden. Im Gegensatz zur vollstationären Behandlung ist dies bei teilstationären Behandlungen zulässig.

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

Gründer-/Abgeberforum

Zielgruppe

- Existenzgründer und Praxis-abgeber
- Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte oder angestellte Psychotherapeuten

Inhalt

Diese Veranstaltung ist ein Mix aus Vorträgen und Vermittlungsbörse. Während der Vorträge können sich Praxisabgeber und Existenzgründer wichtige rechtliche Grundlagen zur Zulassung, Investitionsplanung und Altersvorsorge aneignen.

Im Rahmen der Vermittlungsbörse besteht für Praxisabgeber und Interessenten parallel die Möglichkeit, sich zwecks Praxisübernahme unverbindlich kennenzulernen. Zusätzlich wird das Online-Angebot der KVB-Börse vorgestellt.

Themenschwerpunkte

Für Niederlassungswillige

- Unternehmen Arztpraxis
- Voraussetzungen und notwendige Schritte der Zulassung
- Rahmenbedingungen der Vertragsarztpraxis
- Finanzierung der Arztpraxis
- Steuerliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Themen
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Für Praxisabgeber

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Informationen zur Praxisbewertung
- Steuerliche Aspekte aus Sicht des Praxisabgebers
- Die rechtliche Gestaltung der Praxisübergabe
- Stolpersteine bei der Praxisübergabe

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten

14. März 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
28. März 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
25. April 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg/KVB
9. Mai 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Straubing/KVB
16. Mai 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB
27. Juni 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB
4. Juli 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
24. Oktober 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg/KVB
21. November 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
21. November 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg/KVB
28. November 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg/KVB
5. Dezember 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
5. Dezember 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Gründer-/Abgeberforum für Psychotherapeuten

Zielgruppe

- Existenzgründer und Praxisabgeber
- Ärzte, Psychotherapeuten, angestellte Ärzte oder angestellte Psychotherapeuten

Inhalt

Diese Veranstaltung ist ein Mix aus Vorträgen und Vermittlungsbörse. Während der Vorträge können sich Praxisabgeber und Existenzgründer wichtige rechtliche Grundlagen zur Zulassung, Investitionsplanung und Altersvorsorge aneignen.

Im Rahmen der Vermittlungsbörse besteht für Praxisabgeber und Interessenten parallel die Möglichkeit, sich zwecks Praxisübernahme unverbindlich kennenzulernen. Zusätzlich wird das Online-Angebot der KVB-Börse vorgestellt.

Themenschwerpunkte

Für Niederlassungswillige

- Unternehmen Psychotherapeutenpraxis
- Voraussetzungen und notwendige Schritte einer Zulassung
- Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Praxis
- Finanzierung der Psychotherapeutenpraxis
- Steuerliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Themen
- Fördermöglichkeiten nach der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Für Praxisabgeber

- Praxisabgabe aus zulassungsrechtlicher Sicht
- Informationen zur Praxisbewertung
- Steuerliche Aspekte aus Sicht des Praxisabgebers
- Die rechtliche Gestaltung der Praxisübergabe
- Stolpersteine bei der Praxisübergabe

Referenten

KVB-Mitarbeiter und externe Referenten

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminararten

14. Mai 2020	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
27. Juni 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg/KVB
10. Oktober 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB

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

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop für Praxismitarbeiter

Inhalt

Bei der Interpretation der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) und der Erstellung der Quartalsabrechnung kommt es in den Praxen immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten, die nicht auf Anhieb zu lösen sind. In diesem Workshop bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich mit Unterstützung der KVB-Berater untereinander auszutauschen. Im Mittelpunkt stehen dabei die individuellen Themen und Fragestellungen aus Ihrem Versorgungsbereich. Sie bringen Ihr Know-how mit ein und profitieren von den Erfahrungen Ihrer Kollegen.

Unsere Experten unterstützen Sie dabei und gehen zielgerichtet auf Ihre Anliegen ein.

Mit Ihrer Anmeldung erhalten Sie einen Fragebogen. Da der Workshop auf diesen individuellen Fragestellungen aufbaut, bitten wir Sie, uns Ihre persönlichen Fragen bis spätestens acht Tage vor Seminarbeginn an die angegebene Faxnummer zu schicken (siehe Seite 176).

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Anästhesistische und Chirurgische Praxen

12. Mai 2020	17.30 bis 20.00 Uhr	Bayreuth/KVB
--------------	---------------------	--------------

Augenärztliche Praxen

28. Januar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
18. Februar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
3. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
4. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
18. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
6. Mai 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
10. November 2020	17.30 bis 20.00 Uhr	Bayreuth/KVB
25. November 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

11. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
19. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
21. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
22. September 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
14. Oktober 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

Chirurgische Praxen

4. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
--------------	---------------------	-------------

Dermatologische Praxen

17. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
12. Mai 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
27. Mai 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
2. Juli 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
7. Oktober 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
21. Oktober 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt		
10. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
25. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
31. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
6. Mai 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
26. Mai 2020	17.30 bis 20.00 Uhr	Bayreuth/KVB
12. November 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB

Gynäkologische Praxen		
12. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
22. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
13. Mai 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
16. Juni 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
17. Juni 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
23. September 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
6. Oktober 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen		
12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

HNO-Praxen		
25. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
29. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
18. Juni 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
14. Juli 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
15. Juli 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
10. November 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen	
28. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
1. Juli 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
22. September 2020	17.30 bis 20.00 Uhr
29. September 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
20. Oktober 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
9. Dezember 2020	15.00 bis 18.00 Uhr

Operative und Belegärztliche Praxen	
12. Mai 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
9. Dezember 2020	14.00 bis 17.00 Uhr

Orthopädische und Reha-Praxen	
23. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
24. November 2020	17.30 bis 20.00 Uhr

Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen	
29. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
13. Mai 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
23. September 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
18. November 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
24. November 2020	10.00 bis 13.00 Uhr
8. Dezember 2020	14.00 bis 17.00 Uhr

Urologische Praxen	
22. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
23. Juni 2020	17.30 bis 20.00 Uhr
15. Juli 2020	15.00 bis 18.00 Uhr
17. November 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
25. November 2020	14.00 bis 17.00 Uhr
8. Dezember 2020	14.00 bis 17.00 Uhr

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Regensburg/KVB

München/KVB

Bayreuth/KVB

Würzburg/KVB

Nürnberg/KVB

Augsburg/KVB

Nürnberg/KVB

Straubing/KVB

München/KVB

Bayreuth/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

München/KVB

Augsburg/KVB

Nürnberg/KVB

Würzburg/KVB

Augsburg/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

Würzburg/KVB

Straubing/KVB

Nürnberg/KVB

Hausärztliche Praxen

22. Januar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
19. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
2. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
28. Mai 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
22. Juli 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
17. September 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
30. September 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
4. November 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
18. November 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

30. Januar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
11. Februar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
12. Februar 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB
19. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
29. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
7. Mai 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
7. Juli 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
22. September 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Die hier aufgeführten Seminare sind nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB.

Informationen zu Seminaren

Telefon: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Informationen zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel sowie Hygiene- und Infektionsmanagement

Telefon: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 70

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Kinderarztpraxen (haus- und fachärztlich)

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Einsteiger

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Erste Basics für MFA: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte

Bereitschaftsdienst

Grundlagen der Bereitschaftspraxis und des Hausbesuches

Das Kind als Notfall im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Januar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		19. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Januar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		18. Februar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		3. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
		4. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		18. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. Januar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		11. Februar 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		12. Februar 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
		19. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		12. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Februar 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		13. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Februar 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. März 2020	17.30 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		19. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
		20. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Poolarzt	kostenfrei	19. März 2020	17.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	95,- Euro	4. März 2020	16.00 bis 20.15 Uhr	Nürnberg
		11. März 2020	16.00 bis 20.15 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	95,- Euro	6. März 2020	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		13. März 2020	17.00 bis 20.30 Uhr	München

Themengebiet

Krankheitsbilder im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und was dahinter stecken kann

DMP

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 2 - Eingangsbildung

DMP leicht gemacht für DMP-Praxen oder solche die es werden wollen

DMP - Patientenschulung - ohne Insulin

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

Niederlassung, Veränderung und Abgabe

Gründer- und Abgeberforum

Praxisorganisation

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Start-Up - ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

So läuft's rund - Selbstorganisation und effizientes Arbeiten im Unternehmen Praxis

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

Grenzen setzen - Grenzen achten

Sicher bei der Terminvergabe

Fit für den Empfang

Den Praxisalltag in schwierigen Situationen meistern

Telefontraining für die Praxis

Qualität

Grundlagen zum Hygienemanagement in Praxen

Einführung in den Arbeitsschutz

Hautkrebsscreening

Fortbildung Impfen

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Verordnung

Verordnungen I - Arzneimittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	95,- Euro	7. März 2020	9.30 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		14. März 2020	9.30 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	18. Dezember 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	15. Februar 2020	9.30 bis 15.45 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	14. Februar 2020	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		15. Februar 2020	9.00 bis 16.00 Uhr	München
		25. Januar 2020	9.00 bis 15.00 Uhr	
		1. Februar 2020	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	15. Februar 2020	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		22. Februar 2020	9.00 bis 16.00 Uhr	
Existenzgründer, Praxisinhaber	kostenfrei	14. März 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. Dezember 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	4. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Februar 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	München
		14. März 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	6. März 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	160,- Euro	14. März 2020	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	18. März 2020	15.00 bis 20.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	14. März 2020	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		18. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing

