

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 Änderungs- wunsch 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 Paragraf 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 Paragraf 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 Risiken 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 Mutterschaftsvorsorge (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

