

# 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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** ausgliedert 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  $\geq 1$  dpt
- Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um  $\geq 1$  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](http://www.g-ba.de) in der Rubrik Richtlinien/Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme).
- Weitere Hinweise zur strukturierten Versicherteninformation finden Sie unter [www.kvb.de](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](mailto: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](http://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](mailto: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 Auslieferung 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](http://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](mailto: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](http://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](mailto: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](http://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](mailto: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

#### Seminararten

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

Seminararten		
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](http://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](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

**Anmeldeformulare und weitere Seminare** finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter [www.kvb.de](http://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

