

KVBIINFOS 03|20

ABRECHNUNG

- 22 Die nächsten Zahlungstermine
- 22 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2020
- 24 Neuer EBM und B€GO ab 1. April 2020
- 25 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2020
- 39 GOP 05230 und 34452: Klarstellungen
- 39 ASV – zwei weitere Indikationen

VERORDNUNG

- 40 Wirkstoffvereinbarung 3.0
- 40 Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie
- 41 Verordnungsfähigkeit von Antidiarrhoika
- 42 Trastuzumab Biosimilars
- 42 Lipödem ohne Vorliegen eines Lymphödems
- 42 Hilfsmittel zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

ALLGEMEINES

- 43 Masernimpfpflicht in medizinischen Einrichtungen

SEMINARE

- 44 Seminare des Monats für Praxisinhaber
- 46 Seminar des Monats für Praxismitarbeiter
- 48 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2020
Abschlagszahlung Februar 2020

9. April 2020
Abschlagszahlung März 2020

30. April 2020
Restzahlung 4/2019

11. Mai 2020
Abschlagszahlung April 2020

10. Juni 2020
Abschlagszahlung Mai 2020

10. Juli 2020
Abschlagszahlung Juni 2020

31. Juli 2020
Restzahlung 1/2020

10. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2020

10. September 2020
Abschlagszahlung August 2020

12. Oktober 2020
Abschlagszahlung September 2020

30. Oktober 2020
Restzahlung 2/2020

10. November 2020
Abschlagszahlung Oktober 2020

10. Dezember 2020
Abschlagszahlung November 2020

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2020

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2020 bis spätestens **Dienstag, den 14. April 2020**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

Ihr Wunsch **innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin** erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Scheine der Bayerischen Bereitschaftspolizei beigelegt werden.

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

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelerklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

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

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

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

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 können Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 6 87 80 anfordern.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

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 „Notarztendienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Notarztendienst-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

Neuer EBM und B€GO ab 1. April 2020

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich nach mehrjährigen Verhandlungen am 11. Dezember 2019 in der Sitzung des Bewertungsausschusses auf die Weiterentwicklung des EBM geeinigt. Der neue EBM tritt zum 1. April 2020 in Kraft.

Den Grundstein für die EBM-Reform legte der Bewertungsausschuss bereits im Jahr 2012. Bei dem jetzigen Reformschritt geht es im Wesentlichen darum, die Bewertungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen an aktuelle Kosten- und Zeitansätze anzupassen, nachdem sich diese seit der letzten EBM-Reform in den vergangenen Jahren unterschiedlich entwickelt haben. Darüber hinaus ist die Forderung des Gesetzgebers umzusetzen, die sprechende Medizin zu fördern und zugleich die Angemessenheit der Bewertungen von Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil zu überprüfen. Die Rahmenbedingungen für die EBM-Weiterentwicklung waren dabei sehr eng: Die Umsetzung der Maßnahmen hatte nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2012 – bis auf wenige Ausnahmen – punktsummen- und ausgabenneutral zu erfolgen.

Deshalb konnten nur wenige neue Leistungen in den EBM aufgenommen werden. Auch strukturelle Änderungen, wie zum Beispiel punktuelle inhaltliche Erweiterungen von Leistungsbeschreibungen oder redaktionelle Klarstellungen, wurden auf das Nötigste reduziert. Nachdem der Aufbau und die Struktur des EBM von der Reform im Grunde unberührt bleiben, ändert sich bei der Abrechnung der einzelnen Leistungen kaum etwas.

Über die Änderungen des EBM zum 1. April 2020 informieren wir Sie in einem gesonderten Rundschreiben und stellen Ihnen ergänzende Informationen (wie beispielsweise die wichtigsten strukturellen Änderungen je Fachgruppe) unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM* zur Verfügung.

Die aktualisierte Version des EBM finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/EBM.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 11. Dezember 2019 einschließlich der entscheidungserheblichen Gründe ist unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht und steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. April 2020

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

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Regional – das heißt zwischen der KBV und den Krankenkassen in Bayern – wurde für das Jahr 2020 ein einheitlicher bayerischer Punktwert in Höhe von 10,9871 Cent abge-

stimmt. Der bayerische Punktwert entspricht dem vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue Bayerische Euro-Gebührenordnung ab dem 1. April 2020 stellen wir Ihnen ausschließlich unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/B€GO-EBM* bereit. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen, können Sie die B€GO ab Anfang April 2020 natürlich auch auf CD per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 57 09 34 00 – 10 kostenlos bei uns anfordern.

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

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2020

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 455. Sitzung vom 11. Dezember 2019, in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 460. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 sowie zum 1. April 2020 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte in gesonderten Rundschreiben bereits informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese nochmals in Kürze dar.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Sie stehen unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

EBM – Änderungen zum 1. Januar 2020

Liposuktion beim Lipödem Stadium III

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. September 2019 die Liposuktion beim Lipödem im Stadium III in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ befristet bis zum 31. Dezember 2024 aufgenommen. Der Beschluss ist am 7. Dezember 2019 in Kraft getreten.

Daraufhin hat der Bewertungsausschuss (BA) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen für die Liposuktion beim Lipödem im Stadium III in den Einheitlichen Be-

wertungsmaßstab beschlossen. Gleichzeitig wurden Berechnungsmöglichkeiten für die postoperativen Überwachungs- und Behandlungskomplexe sowie die GÖPen für die Anästhesie in den EBM aufgenommen.

Anspruchsberechtigte Patienten

Die neuen Gebührenordnungspositionen der Liposuktion sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen nach der Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ nach Paragraph 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 des SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III das Vorliegen eines Lipödems im Stadium III diagnostiziert und die Indikation für eine Liposuktion gestellt wurde.

Für eine gesicherte Diagnose des Lipödems im Stadium III müssen

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kategorie		Neu: OP-Leistung
5-911.17	↔	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberarm und Ellenbogen	AA6	ambulant	31096 6.037 Punkte/663,29 Euro
				beleg-ärztlich	36096 3.822 Punkte/419,93 Euro
5-911.18	↔	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterarm	AA6	ambulant	31096 6.037 Punkte/663,29 Euro
				beleg-ärztlich	36096 3.822 Punkte/419,93 Euro
5-911.1f	↔	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterschenkel	AA6	ambulant	31096 6.037 Punkte/663,29 Euro
				beleg-ärztlich	36096 3.822 Punkte/419,93 Euro
5-911.1e	↔	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	AA7	ambulant	31097 6.444 Punkte/708,01 Euro
				beleg-ärztlich	36097 4.118 Punkte/452,45 Euro

alle folgenden Symptome festgestellt worden sein:

- Disproportionale Fettgewebsvermehrung (Extremitätenstamm) mit großlappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis,
- fehlende Betroffenheit von Händen und Füßen,
- Druck- oder Berührungsschmerz im Weichteilgewebe der betroffenen Extremitäten.

Die Indikationsstellung kann erfolgen, wenn über einen Zeitraum von sechs Monaten vor Indikationsstellung eine konservative Therapie (zum Beispiel Lymphdrainage, Kompression, Bewegungstherapie) kontinuierlich durchgeführt wurde und dennoch keine Linderung der Beschwerden eintritt.

Bei Patienten mit einem BMI ab 35 kg/m² darf die Liposuktion zu Lasten der Krankenkassen nur erfolgen, wenn zusätzlich auch die Adipositas behandelt wird. Bei einem BMI ab 40 kg/m² soll keine Liposuktion durchgeführt werden.

Neue GOP für die Liposuktion

Zur Abbildung der Liposuktion im EBM werden die zutreffenden operativen Prozedurenschlüssel (OPS) im Anhang 2 ergänzt und für den ambulanten beziehungsweise belegärztlichen Eingriff neue GOPen in die Abschnitte 31.2.2 und 36.2.2 „Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche“ aufgenommen (siehe Tabelle auf Seite 25).

Im Zusammenhang mit der Operation sind folgende **Überwachungskomplexe, postoperativen Behand-**

lungskomplexe sowie Anästhesie-/Narkoseleistungen durch den Operateur beziehungsweise Anästhesisten berechnungsfähig (siehe Tabelle auf dieser Seite).

Darüber hinaus gilt:

- Für die bei der **ambulanten Liposuktion** nach den GOPen 31096 und 31097 eingesetzte(n) Absaugkanüle(n) kann die **neue Kostenpauschale 40165** (72,- Euro) abgerechnet werden.
- Zur Abrechnung von **Simultan-eingriffen** wurden **zwei neue Zuschläge** aufgenommen:
 - **GOP 31098** (612 Punkte/67,24 Euro): Zuschlag zur ambulanten Liposuktion nach GOP 31096 beziehungsweise GOP 31097
 - **GOP 36098** (377 Punkte/41,42 Euro): Zuschlag zum

OPS	Bezeichnung OPS		Überwachung	Nachbehandlung durch Überweiser beziehungsweise Operateur	Neu: Tumeszenzlokalanästhesie durch Operateur	Narkose durch Anästhesist
5-911.17	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberarm und Ellenbogen	ambulant	31506	31612 (Überweiser) 31613 (Operateur)	31802 2.592 Punkte/284,79 Euro	31826
		belegärztlich	36506		36802 1.619 Punkte/177,88 Euro	36826
5-911.18	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterarm	ambulant	31506	31612 (Überweiser) 31613 (Operateur)	31802 2.592 Punkte/284,79 Euro	31826
		belegärztlich	36506		36802 1.619 Punkte/177,88 Euro	36826
5-911.1f	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterschenkel	ambulant	31506	31612 (Überweiser) 31613 (Operateur)	31802 2.592 Punkte/284,79 Euro	31826
		belegärztlich	36506		36802 1.619 Punkte/177,88 Euro	36826
5-911.1e	Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	ambulant	31507	31612 (Überweiser) 31613 (Operateur)	31802 2.592 Punkte/284,79 Euro	31827
		belegärztlich	36507		36802 1.619 Punkte/177,88 Euro	36827

belegärztlichen Liposuktion nach GOP 36096 beziehungsweise GOP 36097

- Wird – zum Beispiel bei ausgedehnten Eingriffen – bei einer Liposuktion die **Tumesenzlokalanästhesie (TLA) mit einer Narkose** (nach GOPen 31826 oder 31827) durch einen Anästhesisten **kombiniert**, ist ein **Abschlag auf die TLA** vorzunehmen:
 - in Höhe von 1.896 Punkten auf die ambulante TLA nach GOP 31802
 - in Höhe von 955 Punkten auf die belegärztliche TLA nach GOP 36802

Kennzeichnungspflicht für den Operateur:

Bitte rechnen Sie als Operateur die TLA mit der **Codier-GOP 31802A** (bei ambulanten Eingriffen) beziehungsweise der **Codier-GOP 36802A** (bei stationären Eingriffen) ab, wenn bei der Liposuktion zusätzlich zur TLA eine Narkose (ambulant: GOPen 31826 oder 31827, stationär: GOPen 36826 oder 36827) durch einen Anästhesisten durchgeführt wird.

Befristung bis 31. Dezember 2024

Diese Aufnahme der OPS-Codes und der neuen Gebührenordnungspositionen erfolgt zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2024. Es wird erwartet, dass bis dahin Erkenntnisse aus der Erprobungsstudie vorliegen, die die Wirkung der Liposuktion in allen Stadien des Lipödems untersuchen wird.

Qualifikation

Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31096, 31097, 31098, 36096, 36097 und 36098

gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Paragraph 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), abzurufen unter www.g-ba.de/richtlinien/112/. In fachlicher Hinsicht ist ein Erfahrungsnachweis vorgesehen (selbständige Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 50 oder mehr Fällen vor dem 7. Dezember 2019, alternativ: Durchführung der Liposuktion bei Lipödem in 20 oder mehr Fällen innerhalb von zwei Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders), vergleiche Paragraph 5 Absatz 3 QS-RL Liposuktion. Einzelheiten zum Nachweisverfahren legt der G-BA derzeit fest. Sobald das Nachweisverfahren geregelt wurde, werden wir Sie erneut informieren.

Für die Erbringung und Abrechnung der ambulanten OP-Leistung (GOP 31096, 31097 und 31098) ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (QSV ambulantes Operieren) erforderlich. Für die belegärztliche OP-Leistung (GOP 36096, 36097 und 36098) ist eine Anerkennung als Belegarzt notwendig.

Einzelheiten zu den qualitativen Anforderungen an die Methode, OP-Planung und Durchführung sowie die Versorgung von Patientinnen, bei denen die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III zur Anwendung kommt, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/„L“/Liposuktion bei Lipödem im Stadium III* beziehungsweise in der QS-RL Liposuktion unter www.g-ba.de/richtlinien/112/.

Änderung des EBM zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung mit Lynparza®

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung bestätigte der G-BA jüngst den Zusatznutzen des Wirkstoffs Olaparib/Lynparza® in der Therapie des hereditären Mammakarzinoms. Das Medikament Lynparza® ist bei positivem Nachweis von BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom, einem platin-sensitiven, fortgeschrittenen oder rezidierten oder progressiven highgrade epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom indiziert.

Vor Anwendung des Medikaments ist laut Fachinformation eine Untersuchung auf BRCA1/2-Mutationen auch außerhalb der bereits im EBM enthaltenen Indikation nach der Gebührenordnungsposition 11440 (Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom) erforderlich. Der Bewertungsausschuss hat deshalb mit Wirkung zum 1. Januar 2020 eine neue Gebührenordnungsposition in den neuen Unterabschnitt 11.4.5 „In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zu Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie“ in den EBM aufgenommen:

Neu: GOP 11601 – Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierten

Mammakarzinoms, eines platin-sensitiven, eines fortgeschrittenen oder rezidierten oder progressiven high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die laut Fachinformation obligat ist

Bewertung 20.570 Punkte
Preis B€GO 2.260,05 Euro

- Die GOP 11601 kann nur berechnet werden, wenn die Indikationskriterien für eine Untersuchung nach GOP 11440 auf ein hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom nicht erfüllt sind oder wenn die Untersuchung auf eine bekannte konstitutionelle Mutation in den Genen BRCA1 und/oder BRCA2 nach GOP 11518 diese Mutation nicht bestätigt.
- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel sind in der Abrechnung anzugeben (Freier Begründungstext – Feldkennung 5009).
- Die GOP 11601 ist im Krankheitsfall nicht neben dem human-genetischen Zuschlag für die Gemeinkosten nach GOP 11302, der Untersuchung auf Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom nach GOP 11440 und/oder den Nachweis oder Ausschluss einer genetischen Veränderung des BRCA1 und BRCA2 nach GOP 19456 berechnungsfähig.

Folgeanpassungen aufgrund der Erweiterung des Anwendungsgebiets:

- **GOP 11440**
Durch Aufnahme einer Anmerkung zur GOP 11440 wird konkretisiert, dass nach Nachweis

einer Mutation in den Genen BRCA1 und/oder BRCA2 mittels Genanalyse nach GOP 19456 die weitere Untersuchung zur Bestätigung als konstitutionelle Mutation nur über GOP 11518 berechnungsfähig ist.

■ **GOP 19456**

Auch die Leistungslegende der GOP 19456 wird angepasst. Ab dem 1. Januar 2020 wird mit GOP 19456 die Mutationsanalyse zur Indikationsstellung einer Behandlung eines platin-sensitiven **Rezidivs, eines fortgeschrittenen oder rezidierten oder progressiven high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms** vergütet, die laut Fachinformation obligat ist.

Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Ab dem 1. Januar 2020 kann ein spezifizierter biomarkerbasierter Test zur Ermittlung des Rezidivrisikos beim primären Mammakarzinom (zum Beispiel Oncotype DX Breast Recurrence Score®) als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Wir informieren Sie bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 10/2019, über die Aufnahme des Tests in die Anlage I der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des G-BA. Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 die Vergütung im EBM beschlossen.

Zu weiteren biomarkerbasierten Tests und Anwendungsgebieten werden die Beratungen im G-BA fortgesetzt.

Indikation zur Durchführung des Tests

Der Biomarker-Test kann bei Patientinnen mit einem primären Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, nodalnegativen und nicht metastasierten Mammakarzinom unter Anwendung der Vorgehensweise des „Oncotype DX Breast Recurrence Score®“ eingesetzt werden. Er darf nur angewendet werden, wenn die Empfehlung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom aufgrund klinischer und pathologischer Kriterien allein nicht eindeutig getroffen werden kann.

Verpflichtende Aufklärung vor Durchführung

Zur Entscheidungsfindung über die adjuvante Chemotherapie und die Frage, ob ein biomarkerbasierter Test ratsam erscheint, ist spezifische fachärztliche Expertise zur Indikationsstellung notwendig. Die Patientinnen sollen in die Lage versetzt werden, die wesentlichen Aspekte der Entscheidung und die mögliche Rolle des biomarkerbasierten Tests einzuschätzen, daher müssen sie in einem ärztlichen Gespräch unter Einbeziehung der vom G-BA veröffentlichten Patientinneninformation „Biomarkerbasierte Tests beim frühen Brustkrebs“ über den Test aufgeklärt worden sein.

Die Patientinneninformation wird vom G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Service/Versicherteninformation und U-Hefte als ausdruckbare Datei bereitgestellt.

Neue Gebührenordnungsposition für die Beratung

Die Aufklärung zum Test darf nur von bestimmten Fachgruppen durchgeführt werden. Zur Abbil-

derung der Beratung im Zusammenhang mit der Durchführung des Biomarker-Tests hat der Bewertungsausschuss zwei inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen in den Abschnitten 8.3 und 13.3.4 des EBM aufgenommen.

Neu: GOP 08347 – Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

EBM-Bewertung 65 Punkte
Preis B€GO 7,14 Euro

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
- Die Gebührenordnungsposition ist für die Überprüfung der Indikation oder die Mitteilung und Erörterung des Testergebnisses berechnungsfähig.
- Die Ausgabe des Merkblatts des G-BA ist fakultativer Leistungsinhalt.
- Je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig, im Krankheitsfall maximal fünfmal.
- Im Behandlungsfall nicht neben GOP 13507 berechnungsfähig.
- Ausschließlich berechnungsfähig von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die den Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie führen oder die Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie beziehungsweise eine Genehmigung nach der Onkologie-Vereinbarung haben.

Neu: GOP 13507 – Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen

mit primärem Mammakarzinom gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

EBM-Bewertung 65 Punkte
Preis B€GO 7,14 Euro

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
- Die Gebührenordnungsposition ist für die Überprüfung der Indikation oder die Mitteilung und Erörterung des Testergebnisses berechnungsfähig.
- Die Ausgabe des Merkblatts des G-BA ist fakultativer Leistungsinhalt.
- Je vollendete fünf Minuten berechnungsfähig, im Krankheitsfall maximal fünfmal.
- Ausschließlich berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ oder mit der Genehmigung nach der Onkologie-Vereinbarung.

Aufarbeitung der Probe und Test durch Pathologen

Die Aufbereitung der Gewebeprobe zur Durchführung des Biomarker-Tests gemäß der G-BA-Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ und der Test erfolgt ausschließlich durch Fachärzte für Pathologie. Zur Abbildung des aufwändigen Biomarker-Tests mit einem hohen Sachkostenanteil hat der Bewertungsausschuss die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen (GOPen) in einen neuen Abschnitt 19.4.5 „Biomarkerbasierte Testverfahren“ des EBM beschlossen:

Neu: GOP 19501 – Aufarbeitung einer Gewebeprobe zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests bei primärem Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativem, nodal-negativem und nicht metastasierten Mammakarzinom gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

EBM-Bewertung 552 Punkte
Preis B€GO 60,65 Euro

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikationsstellung
- Ärztliche Beurteilung und Befundung
- Erstellung von mindestens 18 Gewebeschnitten
- Histologische Begutachtung zur Eignung im Hinblick auf den Verwendungszweck an mindestens drei Gewebeschnitten
- Pseudonymisierung personenbezogener Daten in der Arztpraxis
- Weiterleitung von mindestens 15 ungefärbten Gewebeschnitten zur Genexpressionsanalyse
- Korrelation des Ergebnisses mit der Vordiagnostik

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung auf Grundlage zugesandter schriftlicher Unterlagen
- Konsultation des Überweisers zum Auftrag

Anmerkungen

- Einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- In der gleichen Sitzung nicht neben der Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik (GOP 19401) und der Labor-

grundpauschale Tumorgenetik (GOP 19403) berechnungsfähig.

Neu: GOP 19502 – Biomarker-basierter Test gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA

Bewertung 3.296,50 Euro

Hinweis: Aufgrund der Besonderheit, dass die Durchführung des biomarkerbasierten Tests nur in den USA möglich ist, wird der rechtliche Rahmen in einer Ergänzung des Paragraf 25 Absatz 2 Nr. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) neu geregelt.

Organisiertes Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen – neue Vergütungsstruktur im EBM
Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

In den KVB INFOS, Ausgabe 7-8/2019, informierten wir über die Aufnahme der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs als zweites Programm in die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL). Der Beschluss ist am 1. Juli 2019 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss hat nun mit Wirkung zum 1. Januar 2020 die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen beschlossen.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die Neuerungen dar. Die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien.

I. Anspruchsberechtigte Patientinnen

Künftig erhalten Frauen zwischen 20 und 65 Jahren regelmäßig eine Einladung von ihrer Krankenkasse zur Teilnahme an dem organisierten Früherkennungsprogramm auf Gebärmutterhalskrebs. Frauen ab 20 Jahren können die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aber auch ohne diese Einladung und über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch nehmen.

II. Altersabhängiger Anspruchsumfang

- Der Anspruchsumfang der Versicherten im Primärscreening ist altersspezifisch in Teil III. C. Paragraf 6 der oKFE-Richtlinie festgelegt.
 - **Frauen zwischen 20 und 34 Jahren** haben – wie bisher – **einmal jährlich** Anspruch auf eine **klinische und zytologische Untersuchung** mittels des sogenannten Pap-Tests (Papanicolaou-Abstrich) oder mittels Dünnschichtverfahren.
 - **Frauen ab 35 Jahren** haben **alle drei Jahre** Anspruch auf eine **klinische Untersuchung und ein kombiniertes Screening (Ko-Test)**, bestehend aus einer zytologischen Untersuchung und einem Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV-Test). Die Ko-Testung kann bei der Patientin ab dem Alter von 35 Jahren durchgeführt werden, auch wenn bei ihr mit 34 Jahren noch das jährliche Screening mit Zytologie vorgenommen wurde.
 - Unabhängig hiervon besteht für Frauen ab 20 Jahren generell ein

Anspruch auf eine jährliche klinische Untersuchung (ohne Abstrich) nach Teil B. II. Paragraf 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL). Dies gilt jedoch nicht in den Jahren, in denen eine klinische Untersuchung (mit Abstrich) nach der oKFE-Richtlinie in Anspruch genommen wird. Bestehende Abrechnungsaus-schlüsse zwischen den Leistungen nach der oKFE-Richtlinie und der KFE-Richtlinie sind zu beachten.

Beispiel der möglichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei einer Patientin ab 35 Jahren:
Jahr 2020: Untersuchung nach oKFE-Richtlinie mit Zytologie und HPV-Test (GOP 01761)
Jahr 2021: Untersuchung nach KFE-Richtlinie – klinische Untersuchung ohne Abstrich (GOP 01760)
Jahr 2022: Untersuchung nach KFE-Richtlinie – klinische Untersuchung ohne Abstrich (GOP 01760)
Jahr 2023: Untersuchung nach oKFE-Richtlinie mit Zytologie und HPV-Test (GOP 01761)

- Der Anspruchsumfang der sich bei auffälligen Befunden im Primärscreening anschließenden Abklärungsdiagnostik ist in Teil III. C. Paragraf 7 der oKFE-Richtlinie geregelt. Abhängig von dem Ergebnis der Untersuchung und dem Alter der Patientin gibt es unterschiedliche Untersuchungsbeziehungswise Behandlungspfade.
- Die klinische Untersuchung und Ko-Testung nach der neuen oKFE-Richtlinie können ab dem 1. Januar 2020 von Patientinnen im Alter ab 35 Jahren auch dann in Anspruch genommen werden, wenn im Jahr 2019 noch eine

Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach der alten KFE-Richtlinie erbracht wurde.

- Vorgehen nach operativen Eingriffen an der Zervix uteri: Frauen nach zervixerhaltender Partialhysterektomie können an der Früherkennung des Zervixkarzinoms teilnehmen. Ist anatomisch kein Gewebe des Zielorgans des Zervixkarzinomscreenings mehr sichtbar, ist als präventive Leistung nur die Früherkennung nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) – ohne Zytologie und HPV-Test – berechnungsfähig. Die Abrechnung erfolgt mit der GOP 01760. Leistungen nach dem Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom der oKFE-RL können nicht durchgeführt werden.

erkenntnis-Richtlinie (KFE-RL) – ohne Zytologie und HPV-Test – berechnungsfähig. Die Abrechnung erfolgt mit der GOP 01760. Leistungen nach dem Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom der oKFE-RL können nicht durchgeführt werden.

Kontrolluntersuchungen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach operativen Eingriffen an der Zervix uteri, beispielsweise einer Konisation, sind kurative

Untersuchungen. Nach Abschluss der Behandlung kann die Patientin wieder regulär am Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom teilnehmen.

III. Neue Gebührenordnungspositionen

Zur Abbildung der Leistungen des Programms zur Früherkennung des Zervixkarzinoms werden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Die klinische Untersuchung (ohne Abstrich) gemäß Abschnitt B. II. Paragraphen 6 und 8 der KFE-Richtlinie, die nicht im organisierten Programm stattfindet, wird über die Gebührenordnungsposition 01760 im EBM abgebildet (siehe nebenstehende Tabelle).

Weitere Informationen zu den neuen Gebührenordnungspositionen, den Abrechnungsbestimmungen und gegebenenfalls notwendige Qualifikationen finden Sie in der Vergütungsübersicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/„Z“/Zervixkarzinomen (Programm zur Früherkennung)*.

Folgende der neuen Gebührenordnungspositionen dürfen erst nach Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen nach der jeweils einschlägigen Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) abgerechnet werden (siehe Tabelle Seite 32).

Die GOP 01768 (Histologische Untersuchung bei Abklärungskolposkopie) gehört zu den neuen Gebührenordnungspositionen, die nur von Pathologen abgerechnet werden können (keine Genehmigungspflicht).

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Überblick

GOP	Kurzbeschreibung	EBM-Bewertung/ Preis B€GO
Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales gemäß der KFE-RL		
01760	Klinische Untersuchung ohne Abstrichentnahme	159 Punkte/ 17,47 Euro
Primärscreening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß oKFE-RL		
01761	Klinische Untersuchung mit Abstrichentnahme	179 Punkte/ 19,67 Euro
01762	Zytologische Untersuchung im Primärscreening	81 Punkte/ 8,90 Euro
01763	HPV-Test im Primärscreening	171 Punkte/ 18,79 Euro
Abklärungsdiagnostik (Vorgehen gemäß Paragraf 7 oKFE-RL)		
01764	Abklärungsdiagnostik mit Abstrichentnahme, Befundmitteilung und der diesbezüglichen Beratung	67 Punkte/ 7,36 Euro
01765	Abklärungskolposkopie zur Abklärung auffälliger Befunde	658 Punkte/ 72,30 Euro
01766	Zytologische Untersuchung bei Abklärungsdiagnostik	288 Punkte/ 31,64 Euro
01767	HPV-Test im Rahmen der Abklärungsdiagnostik	171 Punkte/ 18,79 Euro
01768	Histologische Untersuchung bei Abklärungskolposkopie	248 Punkte/ 27,25 Euro

GOP	Kurzbeschreibung
01762	Zytologische Untersuchung im Primärscreening
01763	HPV-Test im Primärscreening
01765	Abklärungskolposkopie zur Abklärung auffälliger Befunde
01766	Zytologische Untersuchung bei Abklärungsdiagnostik
01767	HPV-Test im Rahmen der Abklärungsdiagnostik

- Zur Genehmigungspflicht der neuen GOPen 01762 und 01766:** Die Durchführung und Abrechnung der neuen GOPen 01762 und 01766 bedarf einer Genehmigung nach der QSV Zervix-Zytologie. Ärzte, die bereits über eine Genehmigung nach der QSV Zervix-Zytologie verfügen, müssen keinen erneuten Genehmigungsantrag stellen. Sie können die neuen GOPen 01762 und 01766 mit ihrer bestehenden Genehmigung automatisch abrechnen.
- Zur Genehmigungspflicht der neuen GOPen 01763 und 01767:** Die Durchführung und Abrechnung der neuen GOPen 01763 und 01767 bedarf einer Genehmigung nach der QSV Spezial-Labor. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin können mit ihrer Speziallabor-Genehmigung die neuen GOPen 01763 (HPV-Test im Primärscreening nach der oKFE-RL) und 01767 (HPV-Test im Rahmen der Abklärungsdiagnostik nach der oKFE-RL) automatisch abrechnen. Nicht-Laborärzte müssen für die präventive HPV-Diagnostik nach der oKFE-RL (GOPen 01763 und 01767) eine Genehmigung nach der QSV Spezial-Labor beantragen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie bereits über eine Genehmigung für die kurative HPV-Diagnostik nach Abschnitt 32.3.12 EBM verfügen. Das Formular, mit dem die

Genehmigung beantragt werden kann, haben wir auf unserer Internetseite unter folgendem Pfad bereitgestellt: www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/L/„Genehmigungsantrag Laboratoriumsuntersuchungen“*.

Die Berechnung der GOPen 01763 und 01767 setzt zudem die Anwendung eines HPV-Tests voraus, für den die Qualitätsanforderungen gemäß Teil III. D. Paragraph 8 Absatz 3 der oKFE-RL nachgewiesen sind. Darüber hinaus setzt die Berechnung dieser GOPen unter anderem den halbjährlichen Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung voraus (das heißt halbjährliche Teilnahme an Ringversuchen gemäß Tabelle B 3-2 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen, veröffentlicht am 19. September 2014).

Ein zusammenfassender Überblick zu den Qualitätsanforderungen, die an den HPV-Test nach der oKFE-RL zu stellen sind, sowie zu den weiteren Voraussetzungen, die zur Ausführung und Abrechnung des präventiven HPV-Tests nach den GOPen 01763 und 01767 erfüllt sein

müssen, kann der schematischen Übersicht entnommen werden, die wir auf unserer Internetseite unter folgendem Pfad bereitgestellt haben: www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/„Z“/Zervixkarzinom* (Programm zur Früherkennung) auf der rechten Seite im grauen Kasten Übersichten „Qualitätsanforderungen HPV-Test“.

- Zur Genehmigungspflicht der neuen GOP 01765:** Zur Durchführung und Abrechnung der neuen GOP 01765 bedarf es einer Genehmigung nach der QSV Abklärungskolposkopie. Der Antrag kann unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/„A“/„Genehmigungsantrag Abklärungskolposkopie“* abgerufen werden. Die neuen GOPen des Programms zur Früherkennung von Zervixkarzinomen wurden in den Abschnitt 1.7.3 EBM überführt, der neu gefasst wurde. Die Leistungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen gemäß Abschnitt B der KFE-Richtlinie und der oKFE-Richtlinie sind im neuen Unterabschnitt 1.7.3.2 des EBM aufgeführt. Die Gebührenordnungspositionen für die Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind im neuen Unterabschnitt 1.7.3.1 zu finden.

IV. Streichung der bisherigen Gebührenordnungspositionen

Die bisherigen GOPen 01730 „Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau“ und 01733 „Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)“ wurden mit Wirkung zum 31. Dezember 2019 gestrichen und können daher ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr berechnet werden.

V. Besonderheiten bei der Abklärungsdiagnostik

Die oKFE-Richtlinie sieht abhängig von dem Ergebnis der Untersuchung aus dem Primärscreening bei auffälligen Befunden altersdifferenzierte Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungspfade für die Abklärungsdiagnostik vor (Teil III. C. Paragraf 7 der oKFE-Richtlinie). In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann von den vorgegebenen Abklärungsalgorithmen abgewichen werden.

Wir haben Ihnen die verschiedenen, altersabhängigen Abklärungsalgorithmen für das Zytologie-Screening in einer Übersicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/„Z“/Zervixkarzinom* (Programm zur Früherkennung) dargestellt.

VI. Veranlassung mittels Muster 39

- Die Dokumentation und Veranlassung der zytologischen Untersuchung und des HPV-Tests nach Abschnitt 1.7.3.2 EBM muss zukünftig über das Muster 39 erfolgen (gilt für das Primärscreening und die Abklärungsdiagnostik). Das Muster 39 wurde dementsprechend überarbeitet und die bundesmantelvertraglichen Bestimmungen angepasst.
- Die zytologische Praxis erhält den Untersuchungsauftrag für das Primärscreening und die Abklärungsdiagnostik auf Muster 39. Dieses wird auch für die Befundmitteilung verwendet. Die Abrechnungen der zytologischen Untersuchungen und HPV-Tests erfolgen in diesem Fall auf Muster 39 (Scheinuntergruppe 21).
- Sofern Sie als untersuchender Arzt über eine Genehmigung

nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor verfügen und die Auswertung von HPV-Tests selbst durchführen und abrechnen, geben Sie bitte in der linken Spalte des Musters 39 unter dem Punkt „Befund - Gyn. Diagnose“ das Ergebnis des von Ihnen jeweils ausgewerteten HPV-Tests an und beschränken Sie Ihre Anforderung (Auftrag auf Muster 39) gegenüber dem zytologisch tätigen Arzt durch entsprechende Anmerkung an dieser Stelle auf die zytologische Untersuchungsleistung.

- Sofern die zytologische Praxis den Auftrag zur zytologischen Untersuchung und zum HPV-Test erhält (Muster 39), kann sie den HPV-Test mittels Muster 10 mit der Kennzeichnung „präventiv“ als Weiterüberweisung an ein Labor veranlassen. Hierbei kann der Erstveranlasser angegeben werden. Die Abrechnung des HPV-Tests durch das Labor erfolgt dann auf Muster 10 (Scheinuntergruppe 27). Dies gilt ausschließlich für die Weiterüberweisung des HPV-Tests durch Zytologen. Die Transportkostenpauschale 40100 darf nur von der den Auftrag (Zytologie, HPV-Test, Ko-Test) erstmals annehmenden Praxis abgerechnet werden. Die Berechnung der Transportkostenpauschale 40100 bei einer Weiterüberweisung ist unzulässig.
- Für den Fall, dass Sie als untersuchender Gynäkologe den Untersuchungsauftrag zur HPV-Testung direkt bei der Laborpraxis veranlassen (Muster 39), erfolgt die Abrechnung des HPV-Tests durch das Labor auf Muster 39 (Scheinuntergruppe 21). Sofern ein Labor diese Leistungen

durchführen möchte, bedeutet dies, dass das Laborsystem das Einlesen/Verarbeiten des Musters 39 und die Übernahme der Abrechnungsdaten in die Scheinart 21 implementieren muss.

- Auf Bundesebene wird derzeit noch eine Anpassung des Musters 39 in Bezug auf die Veranlassung der Abklärungsdiagnostik geklärt. Wir werden Sie informieren, wenn die Klärung erfolgt ist. Bis dahin empfehlen wir Ihnen, bei Veranlassung der Zytologie beziehungsweise der HPV-Untersuchung auf dem Muster 39 einen Hinweis aufzunehmen, dass es sich um eine Abklärungsdiagnostik handelt.
 - Das überarbeitete Muster 39 enthält jetzt Informationen zum HPV-Test und zur HPV-Impfung. Dafür entfallen die Angaben zum Inspektions-/Tastbefund der Haut, Mamma und axillären Lymphknoten sowie zum Blutdruck.
- Weitere Informationen zum Muster 39 einschließlich Ausfüllhinweise finden Sie in der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä) und deren Erläuterungen.*
- Die Überweisung zur Kolposkopie erfolgt über Muster 6 (in der Regel Zielauftrag mit der Kennzeichnung „präventiv“, Angabe der GOP 01765).

VII. Dokumentationspflicht

Mit Beschluss vom 5. Dezember 2019 hat der G-BA die Dokumentationspflichtung für Leistungen der oKFE-RL ausgesetzt, bis eine flächendeckende Implementierung der elektronischen Dokumentation in die Software der Praxisverwaltungssysteme möglich ist. Hierüber hatten wir Sie in unserem Rundschreiben vom 13. Dezember 2019

GOP	Bewertung in Punkten			
	bis 30.9.2020	ab 01.10.2020	ab 01.1.2021	ab 01.10.2021
01761	179	216		215
01762	81	82	81	
01764	67	93		
01765	658	729		728

bereits informiert. Der Bewertungsausschuss geht derzeit davon aus, dass die Dokumentationsvorgaben zum 1. Oktober 2020 wieder in Kraft treten werden. Eine rückwirkende Dokumentation auch für im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Dokumentationspflicht bereits vergangene Quartale ist gegenwärtig nicht vorgesehen.

Zur Berücksichtigung des zusätzlichen Aufwands der Dokumentation werden die Bewertungen ab dem 1. Oktober 2020 entsprechend angepasst (siehe Tabelle oben).

VIII. Folgeanpassungen von GOPen außerhalb des Abschnitts 1.7.3.2 EBM

Grundpauschalen 01700 und 01701

Mit Aufnahme der HPV-Tests im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOPen 01763 und 01767) wurden diese beiden Untersuchungen in die Leistungsbeschreibung der Labor-Grundpauschalen nach GOP 01700 beziehungsweise GOP 01701 aufgenommen (die GOPen 01700 und 01701 werden von der KVB automatisiert in den betreffenden Fällen zugesetzt und sind nicht selbst von der Praxis abzurechnen).

Zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

Die GOPen 01825 Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche im Rahmen der Empfängnisregelung und 01826 Zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs im Abschnitt 1.7.5 EBM Empfängnisregelung wurden redaktionell neu gefasst und die bisherigen Abrechnungsausschlüsse zu Leistungen der Krebsfrüherkennung der Frau und der kurativen zytologischen Leistung entsprechend der neuen Vergütungssystematik angepasst.

Kurative zytologische Untersuchungen in Kapitel 19 – Pathologie

Die bisherigen kurativen zytologischen Untersuchungen der Zervix nach der GOP 19311 und der Urinzytologie nach der GOP 19311U werden mit Wirkung zum 31. Dezember 2019 gestrichen und können daher ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr berechnet werden. Sie werden in die folgenden neuen Gebührenordnungspositionen überführt:

GOP	Kurzbeschreibung	Bewertung EBM/ Preis B€GO
19318	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	58 Punkte/ 6,37 Euro
19319	Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen	58 Punkte/ 6,37 Euro

Abrechnungsbestimmungen:

- Die GOP 19318 beinhaltet die Kosten für Objektträger/Fixierlösung für die konventionelle Zytologie oder Probengefäß/Fixierlösung für die Dünnschichtverfahren sowie jeweils das Abstrichbesteck (Bürste und Spatel).
- Das Dünnschichtverfahren ist fakultativer Leistungsinhalt der GOP 19318.
- Die GOP 19318 ist bei demselben Material nicht neben den zytologischen Untersuchungen im Rahmen der oKFE-RL (GOPen 01762 und 01766), der zytologischen Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826), der histologischen oder zytologischen Untersuchung eines Materials (GOP 19310) und der zytologischen Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion (GOP 19331) berechnungsfähig.
- Bei der Urinzytologie nach der GOP 19319 besteht ein Abrechnungsausschluss bei demselben Material zur histologischen oder zytologischen Untersuchung eines Materials nach GOP 19310.
- Der Zuschlag zur Anwendung eines Sonderverfahrens nach GOP 19312 ist zur Urinzytologie nach GOP 19319 berechnungsfähig.
- Die kurative zytologische Untersuchung nach GOP 19318 ist berechnungsfähig von Frauenärzten

und Pathologen mit Genehmigung nach der QSV Zervix-Zytologie. Ärzte, die bereits über eine Genehmigung verfügen, können die neue GOP 19318 mit ihrer bestehenden Genehmigung automatisch abrechnen.

- Die urinzytologische Untersuchung nach GOP 19319 kann von Pathologen und Urologen berechnet werden.

Kurativer HPV-Test im Kapitel 32 Laboruntersuchungen

Im Bereich der kurativen HPV-Diagnostik im Abschnitt 32.3.12 Molekularbiologischen Untersuchungen des EBM haben sich folgende Änderungen ergeben:

- Die bisherigen unterschiedlichen Anwendungsbereiche der HPV-Diagnostik mit den GOPen 32819 (DNR-basierter Nachweis) und der GOP 32820 (DNA- und mRNA-basierte Nachweis) wurden unter der GOP 32819 zusammengefasst und die GOP 32820 wurde zum 31. Dezember 2019 aus dem EBM gestrichen.
- In dem neuen Leistungsumfang der GOP 32819 wurde analog zu den Anforderungen der HPV-Tests nach der oKFE-RL die Genotypisierung auf die HR-HPV-Typen 16 und 18 mit aufgenommen.
- Am Behandlungstag besteht ein Abrechnungsausschluss der kurativen GOP 32819 zu den neu eingeführten HPV-Tests im Rahmen der oKFE-RL nach den GOPen 01763 und 01767.
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin können mit ihrer Speziallabor-Genehmigung die neue GOP 32819 automatisch abrechnen. Nicht-Laborärzte, die bereits über eine Speziallabor-Genehmigung für die kurative HPV-Diagnostik nach den alten

GOPen 32819 und/oder 32820 verfügen, können ebenfalls die neue GOP 32819 mit ihrer bestehenden Genehmigung automatisch abrechnen. Die Genehmigung ist weiterhin mit den Auflagen und Pflichten an eine interne und externe Qualitätssicherung nach Paragraph 5 der QSV Spezial-Labor verbunden.

- Ärzte, die erstmalig eine Speziallabor-Genehmigung für die kurative HPV-Diagnostik nach der QSV-Spezial-Labor beantragen wollen, finden das Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/L/„Genehmigungsantrag Laboratoriumsuntersuchungen“*.

TSVG: Neue Zusatzpauschale für TSS – Termin zu Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Beschluss aus der 458. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – ausgenommen Labor und die Untersuchung J1 – erhalten Ärzte ab dem 1. Januar 2020 nun doch eine Zusatzpauschale, wenn der Termin zeitnah über eine Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurde. Die ursprüngliche Aufschlagsregelung in TSS-Vermittlungsfällen zu ausschließlichen Kinder-Früherken-

nungsuntersuchungen wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit beanstandet. Der Bewertungsausschuss hob sie darauf hin auf und beschloss eine geänderte Regelung.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wird eine **neue Zusatzpauschale nach GOP 01710** in den EBM-Abschnitt 1.7.1 – Früherkennung von Krankheiten bei Kindern aufgenommen.

Die Höhe der neuen Zusatzpauschale ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt und wird durch eine **Buchstabenkennzeichnung** unterschieden. Die Buchstabenkennzeichnung ist bei der Abrechnung zwingend mit anzugeben (siehe Tabelle unten)

- Die Zusatzpauschale kann nur in Fällen berechnet werden, in denen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM (ausgenommen Laborleistungen und der J1 nach GOP 01720) aufgrund TSS-Vermittlung durchgeführt werden.
- Für die Höhe der Pauschale ist der **Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle (TSS) relevant** – ab diesem Datum wird gezählt. Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Web-

GOP + Buchstabe	Anzahl der Tage ab TSS-Kontaktaufnahme des Patienten bis zum Tag der Behandlung	EBM-Bewertung/ Preis B€GO
01710B	1. bis 8. Tag	114 Punkte/ 12,53 Euro
01710C	9. bis 14. Tag	68 Punkte/ 7,47 Euro
01710D	15. bis 35. Tag	45 Punkte/ 4,94 Euro

anwendung eTerminservice unter „MEINE KVB“ einsehen. Darüber hinaus erhalten Sie eine Benachrichtigungs-E-Mail bei Terminbuchung oder -stornierung innerhalb der letzten zwölf Stunden mit Angabe aller abrechnungsrelevanten Informationen. Bitte achten Sie darauf, eine gültige E-Mailadresse im eTerminservice zu hinterlegen.

- Die Zusatzpauschale ist **einmal im Arztgruppenfall** berechnungsfähig. Sie ist somit nicht berechnungsfähig, wenn das Kind in demselben Quartal in derselben Praxis bereits von einem Arzt der Arztgruppe, die die Früherkennungsuntersuchung durchführt, behandelt wurde.
- Am selben Behandlungstag dürfen keine kurativen Leistungen durchgeführt und keine Versicherten- oder Grundpauschalen berechnet werden, an anderen Tagen im Quartal hingegen schon (alle Leistungen im Arztgruppenfall werden dann extrabudgetär vergütet).
- Im Arztgruppenfall nicht neben dem jeweiligen fachgruppenspezifischen TSS-Zuschlag aufgrund einer Terminvermittlung oder im Akutfall berechnungsfähig.
- Berechnungsfähig von folgenden Fachgruppen: Hausärzten, Kinder- und Jugendmedizinern, Frauenärzten, HNO-Ärzten, Phoniatern und Orthopäden.

Hinweise zur Kennzeichnung des TSS-Terminfalls:

Wie in unserem ersten Rundschreiben zum TSVG – Extrabudgetäre Vergütung und Bereinigung vom 25. April 2019 mitgeteilt, ist der TSS-Fall bei der Abrechnung wie folgt zu kennzeichnen:

- **TSS-Terminfall** bei der TSVG Vermittlungsart/Kontaktart (Feldkennung 4103)
- zusätzlicher Eintrag der **Pseudo-GOP 99873T** in der Abrechnung (Feldkennung 5001)

TSVG: Neue TSS-Zuschläge für „Teil-Ermächtigte“

Beschluss aus der 458. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

Ab 1. Januar 2020 erhalten auch ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die ausgewählte Leistungen ambulant durchführen dürfen („Teil-Ermächtigte“), für die Behandlung von Patienten, die ihnen über die Terminservicestelle vermittelt werden, einen Zuschlag auf ihre arztgruppenspezifische Grundpauschale nach der GOP 01320 beziehungsweise 01321 (Ärzte mit einem vollen Ermächtigungsumfang rechnen die seit 1. September 2019 geltenden zeitgestaffelten Zuschläge zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab, wenn sie einen Patienten über die Terminservicestelle vermittelt bekommen). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) den EBM entsprechend angepasst und damit noch kurz vor Jahresende eine Auflage des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt.

Zur Abbildung der Zuschläge auf die jeweiligen Grundpauschalen werden die

- **GOP 01322** als Zuschlag zur GOP 01320 und
- **GOP 01323** als Zuschlag zur GOP 01321

neu in den EBM aufgenommen.

Die Höhe der Zuschläge ist nach Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt und wird durch Buchstabenkennzeichnung unterschieden. Die Buchstabenkennzeichnung **ist bei der Abrechnung zwingend mit anzugeben (siehe Tabelle auf Seite 37)**.

- Für die Höhe des jeweiligen Zuschlags ist der **Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle** relevant – ab diesem Datum wird gezählt. Dazu werden die Terminservicestellen den Praxen mit der Übermittlung der Terminbuchung auch das Datum der Kontaktaufnahme des Versicherten mitteilen. Sie können damit den entsprechenden Zuschlag bestimmen und die GOP 01322/GOP 01323 mit dem richtigen Buchstaben abrechnen.
- Der jeweilige Zuschlag ist **einmal im Arztgruppenfall** (= Fälle in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe) berechnungsfähig. Er kann nur in Fällen mit der Grundpauschale nach GOP 01320 beziehungsweise GOP 01321 berechnet werden.
- Der jeweilige Zuschlag wird ausschließlich auf die Grundpauschale nach dem EBM gewährt. Etwaige Zu- beziehungsweise Abschläge, die auf die Grundpauschale vorgenommen werden, bleiben unberücksichtigt.
- Der jeweilige Zuschlag ist im Arztgruppenfall nicht neben der GOP 01710 (Zusatzpauschale für die Durchführung von U-Untersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Terminvermittlung) berechnungsfähig.

Beispiel:

Ein ermächtigter Gynäkologe behandelt eine 40-jährige Patientin aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle. Zwischen der Kontaktaufnahme der Patientin mit der TSS und der Behandlung liegen fünf Tage.

Der ermächtigte Arzt rechnet die Grundpauschale 01320 sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen (innerhalb seines Ermächtigungsumfangs) ab. Zusätzlich gibt er die GOP 01322B zusammen mit der Pseudo-GOP 99873T an und kennzeichnet den Fall als TSS-Terminfall (FK 4103 – Vermittlungsart).

Mehr Informationen zu den TSVG-Regelungen, insbesondere zu den verschiedenen Regelungen über die Scheinkennzeichnung für die extrabudgetäre Vergütung (jeweils abhängig von der TSVG-Konstellation beziehungsweise Vermittlungsart), finden Sie unter www.kvb.de in der

Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar TSVG*.

Weitere EBM-Änderungen/inhaltliche Anpassungen

Beschluss aus der 455. Sitzung und 460. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) des Bewertungsausschusses

Anpassung des Anspruchszeitraums im Rahmen des Erweiterten Neugeborenen-Screenings

In einem weiteren Beschluss (455. Sitzung vom 11. Dezember 2019) hat der Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM beim Erweiterten Neugeborenen-Screening beschlossen.

Ab dem 1. Januar 2020 kann das Erweiterte Neugeborenen-Screening nach der GOP 01707 bis zur U3 berechnet werden, sofern die Durchführung des Neugeborenen-Screenings im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist. Bis zum 31. Dezember 2019 gilt

die Begrenzung bis zum vollendeten zehnten Lebensstag.

Bewertung der Leistungen zur intravitrealen Medikamentengabe (IVOM) bleibt unverändert

Die höhere Bewertung der Gebührenordnungspositionen 06334, 06335, 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 sowie die Anpassungen der Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM werden für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2021 fortgeführt.

Der Bewertungsausschuss hat die zunächst auf 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019 befristete Regelung verlängert, da das mit der Einführung der Leistungen zur IVOM im Jahr 2014 angestrebte Punktzahlvolumen (insgesamt 1.703 Punkte im Falle des ambulanten Eingriffs und 817 Punkte im Falle des belegärztlichen Eingriffs) weiterhin nicht erreicht wurde.

GOP mit Buchstabenkennzeichnung	Anzahl der Tage ab TSS-Kontaktaufnahme des Patienten bis zum Tag der Behandlung	Zuschlagshöhe auf GOP 01320/01321	EBM-Bewertung/ Preis B€GO 2020
GOP 01322B	TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag	50 Prozent	46 Punkte/5,05 Euro
GOP 01323B			79,5 Punkte/8,73 Euro
GOP 01322C	TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	30 Prozent	27,6 Punkte/3,03 Euro
GOP 01323C			47,7 Punkte/5,24 Euro
GOP 01322D	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	20 Prozent	18,4 Punkte/2,02 Euro
GOP 01323D			31,8 Punkte/3,49 Euro
GOP 01322A	TSS-Akutfall* (24 Stunden)	50 Prozent	46 Punkte/5,05 Euro
GOP 01323A			79,5 Punkte/8,73 Euro

*Der TSS-Akutfall setzt voraus, dass am Telefon unter der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung erfolgt ist und der vermittelte Termin spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle stattfindet.

Berechnungsfähigkeit der optischen Kohärenztomographie (OCT) am OP-Tag

Die OCT zur Therapiesteuerung der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration und des Makulaödems im Rahmen der diabetischen Retinopathie nach der Gebührenordnungsposition 06338 (rechtes Auge) beziehungsweise 06339 (linkes Auge) kann ab dem 1. Januar 2020 auch am Operationstag neben der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVOM) am rechten beziehungsweise linken Auge abgerechnet werden.

GOP 13360 – Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur rtCGM

Der Bewertungsausschuss hat die Bestimmung im Abschnitt 13.3.2 EBM konkretisiert und damit klargestellt, dass die GOP 13360 bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen für alle Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt berechnungsfähig ist. In diesem Zusammenhang hat er auch die GOP 13360 in die Nummer 3 der Präambel 13.1 des EBM aufgenommen (in Bayern handelt es sich lediglich um redaktionelle Anpassungen).

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen für eine ambulante Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom sind seit Oktober 2019 in der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für hyperbare Sauerstofftherapie geregelt. Der bisher gültige Anhang zum Abschnitt 30.2.2 und der Verweis auf die Übergangsregelung sind daher obsolet und wurden gestrichen.

Krebsfrüherkennung nach der oKFE-RL – Aussetzung der Dokumentationspflicht

Bis zu einer flächendeckenden Implementierung der Software in die Praxisverwaltungssysteme hat der G-BA die elektronische Dokumentationspflicht im Zusammenhang mit den Leistungen zur Krebsfrüherkennung von Darmkrebs beziehungsweise mit den ab 1. Januar 2020 geltenden Leistungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs nach der neuen Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) vorübergehend ausgesetzt. Der Bewertungsausschuss hat daraufhin in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 01738, 01741 und 13421 klargestellt, dass die Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (iFOBT) sowie die Früherkennungs- und Abklärungskoloskopie bis auf weiteres auch bei fehlender elektronischer Dokumentation berechnungsfähig sind.

Darüber hinaus entfällt ab dem 1. Januar 2020 die Verpflichtung zur Erstellung eines Quartalsberichts für den immunologischen Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT). Die entsprechende Anmerkung zur GOP 01738 wurde daher gestrichen.

Anhang 3 EBM

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungspositionen 01322, 01323, 01710, 01760 bis 01768, 08347, 11601, 13507, 19318, 19319, 19501, 19502, 31096, 31097, 31098, 31802, 36096, 36097, 36098 und 36802 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die neuen GOPen 01322, 01323, 01710, 01760 bis

01762, 01764 bis 01766, 08347, 13507, 19318 und 19319 werden der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) zugerechnet. Die Gebührenordnungspositionen 01763, 01767, 01768, 11601, 19501, 19502, 31096, 31097, 31098, 31802, 36096, 36097, 36098 und 36802 werden dagegen als Ausschussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Vergütung

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Die Leistungen der Kapitel 31 und 36 sowie die neu in den EBM aufgenommenen GOPen 01322, 01323, 01710, 01760 bis 01768, 08347, 11601, 13507, 19501, 19502 und 40165 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Die Vergütung der Leistungen nach den GOPen 19318 und 19319 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

EBM – Änderungen zum 1. April 2020

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

Beschluss aus der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. April 2020 an die Version 2020 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angepasst. In den Anhang 2 zum EBM wurden neue OPS-Codes aufgenommen, Änderungen an OPS-Codes vorgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersichten über die neu aufgenommenen, geänderten und gestri-

GOP 05230 und 34452: Klarstellungen

chenen OPS-Codes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse/455. Sitzung unter dem Beschluss aus der 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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich in einer gemeinsamen Erklärung auf eine Klarstellung der Abrechnungsfähigkeit von zwei Gebührenordnungspositionen verständigt.

■ **GOP 05230 – Aufwands- erstattung für das Aufsuchen eines Kranken**

In der GOP 05230 sind keine Wegekosten enthalten. Wegegelder können entsprechend der regionalen Vereinbarung zu den Wegegebühren berechnet werden.

■ **GOP 34452 – Weitere MRT- Sequenzen nach Kontrast- mitteleinbringung**

Die GOP 34452 ist entgegen dem obligaten Leistungsinhalt in Ausnahmefällen auch dann abrechnungsfähig, wenn die Leistung in einer anderen Sitzung als die jeweils zuschlagsberechtigte MRT-Leistung gemäß den GOPen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 durchgeführt wird. Voraussetzung ist in diesen Fällen, dass die Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten MRT-Leistung ohne Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt ist. In diesen Fällen sollte der Zeitraum zwischen der Durchführung der Leistung gemäß der GOP 34452 und der jeweils zuschlagsberechtigten MRT-Leistung in der Regel nicht länger als zwei Wochen betragen.

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

ASV – zwei weitere Indikationen

Am 19. Dezember 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Anlage 1.1a Tumorgruppe 5 – Tumoren der Lunge und des Thorax sowie die Anlage 2e – Sarkoidose beschlossen. Die Beschlüsse werden voraussichtlich Ende Februar 2020 in Kraft treten.

Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlagen umfassen, finden Sie auf der Internetseite des G-BA:

Tumoren der Lunge und des Thorax:
www.g-ba.de/beschluesse/4128/

Sarkoidose:
www.g-ba.de/beschluesse/4129/

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 08 50
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 08 51
E-Mail ASV-Abrechnung@kvb.de

Wirkstoffvereinbarung 3.0 **Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie**

Zur neuen Wirkstoffvereinbarung 3.0 haben wir Ihnen auf unserer Internetseite umfassende Informationen zusammengestellt. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung*. Erläuterungen und Maßnahmen zur Umsetzung der Erreichung der einzelnen Ziele sowie sogenannte Arbeitslisten, aus denen Originalpräparate, Generika und rabattierte Arzneimittel erkennbar werden, sind hier ebenfalls bereitgestellt.

Eine Trendmeldung auf Basis der Zahlen aus dem vierten Quartal 2019, jedoch in der Systematik der neuen Wirkstoffvereinbarung 3.0, finden Sie im Mitgliederportal „Meine KVB“.

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

In den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2020, hatten wir Sie bereits ausführlich über die Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) informiert. An dieser Stelle möchten wir Sie nochmal zusammenfassend auf die **wichtigsten neuen Regelungen** der SI-RL hinweisen.

1. Impfungen bei **beruflich oder durch eine Ausbildung bedingten Auslandsaufenthalten** können zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die bayerische Impfvereinbarung abgerechnet werden.
2. Der **Anspruch auf Impfungen zulasten der GKV** aus der Schutzimpfungs-Richtlinie gilt **unabhängig davon, ob die Patienten auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger (zum Beispiel Arbeitgeber) haben.**

Eine Übersicht aller neuen Abrechnungsnummern für die berufliche beziehungsweise Reiseindikation sowie die dazugehörige Vergütung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Impfungen* unter dem Punkt „Abrechnungsnummern für Schutzimpfungen und Prophylaxe“.

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

Abrechnungsbeispiel: MMR Impfung bei Erwachsenen

	im Regelfall	beruflich bedingt (zum Beispiel Arzthelferin)	wegen Auslandsaufenthalt beruflich/ aufgrund einer Ausbildung bedingt	Vergütung
Abrechnung GKV (Impfvereinbarung)	89301A/ 89301B	89301Y	89301Y	15,50 Euro
Wunschleistung	Titer-Bestimmung	Titer-Bestimmung	Titer-Bestimmung	durch den Versicherten selbst zu zahlen

Verordnungsfähigkeit von Antidiarrhoika

Verschreibungspflichtige Antidiarrhoika sind grundsätzlich nicht ordnungsfähig – es sei denn, es handelt sich um:

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

- Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr
- Escherichia coli Stamm Nissle 1917 (mindestens 108 vermehrungsfähige Zellen/Dosiseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen
- Saccharomyces boulardii bei Säuglingen ab dem siebten Lebensmonat sowie Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen – **neu**
- Racecadotril bei Säuglingen ab dem vierten Lebensmonat und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen – **neu**
- Motilitätshemmer nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptationsphase oder bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.

Eine längerfristige Anwendung (über vier Wochen) bedarf der besonderen Dokumentation und Verlaufsbeobachtung.

Bei apothekenpflichtigen Antidiarrhoika ist – von den genannten Ausnahmen abgesehen – eine Verordnung auch für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unwirtschaftlich.

Trastuzumab Biosimilars

In unserer Verordnung Aktuell „Trastuzumab Biosimilars – die Preise sinken allmählich“ wurde ein weiteres Präparat aufgenommen sowie die Preise aktualisiert. Sie finden darin eine Übersicht über alle Trastuzumab-Arzneimittelpräparate ohne Reimporte.

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

Lipödem ohne Vorliegen eines Lymphödems

Zum 1. Januar 2020 wird die Diagnose Lipödem auch ohne Vorliegen eines Lymphödems als Indikation für eine manuelle Lymphdrainage in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, das Lipödem Stadium I bis III ab dem 1. Januar 2020 als besonderen Verordnungsbedarf zu vereinbaren. Die Aufnahme wird zunächst bis zum 31. Dezember 2025 befristet. Dann sollen erste Ergebnisse aus der Erprobungsstudie zur Liposuktion vorliegen, von der auch Erkenntnisse zum Nutzen der konservativen Behandlung (einschließlich manueller Lymphdrainage) erwartet werden.

Weitere Detailinformationen lesen Sie in unserer Verordnung Aktuell „Heilmittel-Richtlinie: Lipödem ohne Vorliegen eines Lymphödems“ vom 30. Dezember 2019.

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

Hilfsmittel zum Schutz vor Nadelstichverletzungen

In der Hilfsmittel-Richtlinie wird die Verordnung von Hilfsmitteln mit einem Sicherheitsmechanismus ergänzt.

Voraussetzung ist, dass der Patient selbst aufgrund seines körperlichen Zustands beziehungsweise seiner geistigen Entwicklung nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür der Tätigkeit einer dritten Person (nicht Pflegedienst!) bedarf. Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass der Anspruch im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, zum Beispiel bei Diabetikern relevant ist, bei denen Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwerts sowie die Injektion des Insulins übernehmen. Als Produkte werden in diesem Zusammenhang zum Beispiel Lanzetten aufgeführt.

Die Verordnung derartiger Hilfsmittel ist weder bei der Verwendung in der Arztpraxis, im Pflegeheim, noch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zulasten der GKV möglich.

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

Masernimpfpflicht in medizinischen Einrichtungen

Wie bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 1-2/2020, berichtet, tritt das Masernschutzgesetz zum 1. März 2020 in Kraft.

Neben der Impfverpflichtung von Kindern in Kindertagesstätten und Schulen sowie für Tätige in Gemeinschaftseinrichtungen sind insbesondere auch Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen wie in Arztpraxen oder ambulanten Operationszentren betroffen.

Unter folgenden Voraussetzungen ist dem Leiter der Einrichtung oder der Praxis die erfolgte Masernimpfung beziehungsweise die Immunität gegenüber Masern nachzuweisen: Betroffen sind die in der Praxis Tätigen mit Geburtsdatum ab 1. Januar 1971. Die Nachweispflicht gilt ab dem 1. März 2020 für Neueinstellungen. Für bereits Beschäftigte müssen die Nachweise bis zum 31. Juli 2021 erbracht werden.

Nachzuweisen ist die Masernimpfung oder die Immunität gegen Masern durch eine ärztliche Bescheinigung (Impfbuch/Impfausweis, Vorsorgeheft, ärztliche Bescheinigung).

Diese Nachweise sollten Sie in der Personalakte dokumentieren. Wird der Nachweis nicht rechtzeitig vorgelegt, ist das zuständige Gesundheitsamt zu informieren.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an: Praxisfuehrung@kvb.de

Seminare des Monats für Praxisinhaber

Kooperationen – mit der Praxis in die Zukunft – für Ärzte und Psychotherapeuten

Zielgruppe

- Ärzte
- Psychotherapeuten
- angestellte Ärzte
- angestellte Psychotherapeuten

Inhalt

Der Wettbewerb in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nimmt zu, gleichzeitig aber auch die Vielzahl an Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten. Durch einen sinnvollen Einsatz dieser Optionen können Sie Ihre Praxistätigkeit individuell gestalten und den Wert Ihrer Praxis festigen.

Enthusiasmus und gute Ideen sind Grundvoraussetzungen für Ärzte-Kooperationen, ebenso wie das notwendige Wissen, eine stringente Planung und die notwendigen Instrumente für Aufbau und Führung kooperativer Strukturen. Unterstützung aus verschiedenen Professionen sind dabei wesentlich, um die Chancen einer Kooperation nutzen und die Risiken minimieren zu können. Die Basisinformationen hierzu erhalten Sie in diesem Seminar.

Themenschwerpunkte

- Vertragsarztrecht
- Zivilrecht/Gesellschaftsrecht
- Steuerrecht
- Finanzierung

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Fortbildungspunkte

PTK-Bayern für Psychotherapeuten:
6 Punkte

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten

22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing/KVB
22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB
27. Juni 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München/KVB
8. Juli 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
28. Oktober 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg/KVB
18. November 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB

Seminardaten für Psychotherapeuten

12. Mai 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Straubing/KVB
14. Juli 2020	17.00 bis 21.00 Uhr	München/KVB
1. Dezember 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Prüfungen im Vertragsarztbereich – Damoklesschwert oder Panikmache?

Zielgruppe

- Ärzte
- Psychotherapeuten
- angestellte Ärzte
- angestellte Psychotherapeuten

Inhalt

Das Seminar klärt über die Verfahrensweisen bei Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen sowie bei Anträgen der Krankenkassen auf und gibt Tipps, wie Vertragsärzte im Rahmen dieser Verfahren wirkungsvoll agieren können.

Zahlreiche gesetzliche Vorgaben und Änderungen machen die Prüfungen im vertragsärztlichen Bereich schwer durchschaubar. Das Seminar definiert die Unterscheidung zwischen den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung und den unabhängigen Prüfungseinrichtungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Paragraf 106a bis 106c SGB V. Transparent und nachvollziehbar werden die einzelnen Prüfungen, die die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern durchführen, vom „Aufgreifkriterium“ bis zum Widerspruchsbescheid verständlich erklärt. Es wird gezeigt, wie Vertragsärzte in jedem Verfahrensstadium zielgerichtet argumentieren können. Sie erfahren, in welcher Form relevante Unterlagen bei der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss vorzulegen sind, damit alle Argumente Gehör finden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf Strategien, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung von vornherein zu vermeiden.

Themenschwerpunkte

- Was sind Anträge und Prüfmitteilungen der Kostenträger (Gesetzliche Krankenkassen und Besondere Kostenträger)
- Welche rechtlichen und allgemeinen Grundlagen gibt es?
- Was ist der Unterschied zwischen Anträgen und Prüfmitteilungen und was bedeutet das für Sie?
- Für welche Sachverhalte/Antragsgründe ist mit Anträgen/Prüfmitteilungen zu rechnen?
- Wie lange müssen Sie mit Anträgen/Prüfmitteilungen beziehungsweise Richtigstellungen rechnen?

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Seminardaten

22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB
13. Mai 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg/KVB
17. Juni 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing/KVB
15. Juli 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth/KVB
16. September 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB
14. Oktober 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB
18. November 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg/KVB

Seminar des Monats für Praxismitarbeiter

Die Praxis im Internet

Zielgruppe

- Ärzte
- Psychotherapeuten
- angestellte Ärzte
- angestellte Psychotherapeuten
- nichtärztliches Praxispersonal

Inhalt

Bewertungen im Netz: Der moderne Pranger? Chancen und Risiken

Viele Patienten haben es sich zur Gewohnheit gemacht, Informationen, die sie über Empfehlungen und über Mund-zu-Mund-Propaganda erhalten haben, im Internet vertiefend zu recherchieren. Das ist einfacher als ein Praxisbesuch oder ein Telefonat, denn das Internet hat an sieben Tagen die Woche täglich 24 Stunden geöffnet. Für die Praxis bedeutet das, dass sie sich auf dieses Verhalten einstellen und darauf mit einer geeigneten, ganz persönlichen Strategie reagieren muss.

In diesem Seminar erhalten Sie umfangreiches Wissen für die Gestaltung einer für Ihre Praxis zielführenden Strategie einer Internetpräsenz sowie Tipps, wie Sie Ihre bisherigen Aktivitäten noch erfolgreicher umsetzen können.

Themenschwerpunkte

- Kurzüberblick über Tools, Plattformen, Apps und digitale Angebote
- Wie kann Ihre Praxis das Internet, soziale Medien, Apps, Videosprechstunde etc. nutzbringend einsetzen?
- Hinweise/Tipps zum Umgang mit Patienten und Dienstleistern per E-Mail, insbesondere mit

schwierigen und unsachlichen Partnern

- Umgang mit Bewertungsportalen und unsachlichen Bewertungen
- Wie kann ich meine Reputation im Internet überwachen?
- Was sollten Sie im Netz sagen und was nicht?
- Welche Botschaften wirken?
- Rechtliche Aspekte bei der Kommunikation über das Internet, unter anderem Datenschutz, Bildrechte etc.
- Mitarbeiterbelehrungen – Verantwortung für den Praxisinhaber
- So kann eine Internetstrategie für Ihre Praxis aussehen.

Referenten

Externer Referent

Teilnahmegebühr

95,- Euro

Seminardaten

20. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
24. Juni 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg/KVB
23. September 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing/KVB
28. Oktober 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

**DMP – Fortbildungen für
Schulungspersonal (Asthma/
COPD sowie Diabetes/KHK)**

Inhalt

Die strukturierten Disease Management Programme (DMP) sollen auf Basis einer adäquaten Betreuung und eines kompetenten Umgangs den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten der Patienten positiv beeinflussen. Dies wird durch eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten unterstützt.

In dieser Fortbildungsveranstaltung werden Ihnen neben dem Grundwissen zum jeweiligen Schulungsprogramm auch die Hintergründe im Umgang mit den DMP in der Praxis vermittelt. Sie erfahren zum Beispiel Details einer vereinfachten Handhabung und wie sich Fehler vermeiden lassen.

Themenschwerpunkte

- Koordination und Organisation von strukturierten Schulungen
- Wahrnehmung und Motivation
- Kommunikation und Gesprächsführung

Referenten

Externe Referenten

Teilnahmegebühr

45,- Euro

Seminardaten

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

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal Asthma/COPD

9. September 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	München/KVB
13. November 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB

DMP – Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

27. März 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg/KVB
15. Mai 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	München/KVB
22. Juli 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth/KVB
16. September 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg/KVB
25. September 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Informationen zu Seminaren

Telefon: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: HNO-Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Die Privatabrechnung in der hausärztlichen Praxis - Einsteiger

Prüfungen im Vertragsarztbereich - Damoklesschwert oder Panikmache?

Digitalisierung

Die Praxis im Internet

DMP

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

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

Niederlassung, Veränderung und Abgabe

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Arzt und Psychotherapeuten

Gründer- und Abgeberforum

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Praxisführung in der Psychotherapeuten-Praxis

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. März 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		29. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. April 2020	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	3. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	21. März 2020	10.00 bis 14.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	27. März 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	20. März 2020	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		21. März 2020	9.00 bis 16.00 Uhr	
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. April 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
Existenzgründer, Praxisinhaber	kostenfrei	14. März 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
		28. März 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		25. April 2020	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		22. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	31. März 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	1. April 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth

Themengebiet

Praxisorganisation

Datenschutz in der Praxis
 Datenschutz in der Psychotherapeuten-Praxis
 Den Praxisalltag in schwierigen Situationen meistern
 Du gehst mir auf den Geist - Umgang mit schwierigen Menschen
 Einarbeitung neuer Mitarbeiter
 Fachkompetent und empathisch - kein Gegensatz
 Fit für den Empfang
 Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung
 Konfliktmanagement
 Mitarbeitergespräche führen
 Praxismarketing als Teamaufgabe
 Souverän im Praxisumfeld tätig sein
 Telefontraining für die Praxis
 Überzeugend und aktiv mit Patienten umgehen
 Umgang mit aggressivem Verhalten in der Praxis
 Zielorientierte Patientengespräche führen

Qualität

Adipositas - Schicksal oder Schuld?
 Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung - Tipps für Poolärzte
 Das Kind als Notfall im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
 Einführung in den Arbeitsschutz
 Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten
 Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren
 Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren
 Krankheitsbilder im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
 Notfalltraining für das Praxisteam
 Notfalltraining Praxisteam - Refresher
 QEP® - Einführungsseminar für haus- und fachärztliche Praxen
 QEP® - Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Verordnung

Verordnungen I - Arzneimittel
 Verordnungen II - Heil- und Hilfsmittel

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. März 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. März 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	13. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	22. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	29. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	1. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	3. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	3. April 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. März 2020	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	45,- Euro	13. März 2020	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Poolarzt	kostenfrei	19. März 2020 26. März 2020	17.00 bis 20.00 Uhr 17.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	95,- Euro	13. März 2020	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. März 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	24. April 2020	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	28. März 2020	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	110,- Euro	14. März 2020 28. März 2020	9.00 bis 18.00 Uhr 9.00 bis 18.00 Uhr	München Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	95,- Euro	14. März 2020	9.30 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. April 2020	9.00 bis 12.45 Uhr	Straubing
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. April 2020	13.30 bis 16.30 Uhr	Straubing
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	300,- Euro	27. März 2020 28. März 2020	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	265,- Euro	24. April 2020 25. April 2020	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. März 2020	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. März 2020	10.00 bis 13.00 Uhr	Regensburg

