

KVBIINFOS 09|19

ABRECHNUNG

- 102 Die nächsten Zahlungstermine
- 102 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019
- 104 Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB
- 105 EBM – Änderungen zum 1. Juli 2019
- 110 Sonografie von Extremitätenvenen: Wann ist GOP 33076 abrechenbar
- 111 Atem- und Krankengymnastik – einmal je Sitzung
- 111 Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung
- 112 Abrechnung über das Sozialversicherungsabkommen (SVA)
- 113 Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie in den EBM
- 114 Änderung der Psychotherapievereinbarung
- 114 ASV – Hämophilie

VERORDNUNG

- 115 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 115 Sprechstundenbedarfsvereinbarung
- 116 FAQ zur Krankenförderung
- 116 Arzneimittelversorgungsvertrag
- 117 Blutzucker: Real-Time-Messgeräte
- 117 Langzeitkontrazeptiva
- 117 Verordnung einer Ernährungsberatung

ALLGEMEINES

- 118 Überweisungen: Unterschiede beachten
- 118 Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“
- 119 Überweisungsschein (Muster 6) – Änderungen
- 119 Geschlechtsangabe auf Formularen

SEMINARE

- 120 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

11. November 2019
Abschlagszahlung Oktober 2019

10. Dezember 2019
Abschlagszahlung November 2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2019

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2019 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Oktober 2019**, online im KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“ über die Kachel „Dateien einreichen“ oder über den Kommunikationskanal KV-Connect.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

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

Hinweis: Regelung bei der Abrechnung der Behandlung von Asylbewerbern

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

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

Sammelerklärung

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

Das Herunterladen der vorbefüllten Sammelklärung ist dort jederzeit als eigenständiger Vorgang möglich (unabhängig davon, ob gleichzeitig

eine Datei eingereicht werden soll oder nicht).

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

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

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich der Betriebs-

stättennummer auf den eingereichten Unterlagen sowie dem Briefumschlag anzubringen.

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KVB

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

E-Mail emDoc@kvb.de

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, „einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs zu veröffentlichen“ (Paragraf 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V). Mit der nachfolgenden Veröffentlichung kommt die KVB diesem Gesetzauftrag nach.

Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KVB gemäß Paragraf 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V

Grundsätze des HVM der KVB

Verständlichkeit

Die Honorarverteilung basiert schwerpunktmäßig auf einer Obergrenzen-Systematik. Bis zu dieser Obergrenze erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung, bei Überschreitung der Obergrenze erfolgt eine abgestufte Vergütung. Die Obergrenze selbst ergibt sich dabei grundsätzlich aus dem Produkt der aktuell vom Arzt im Quartal abgerechneten Fallzahl multipliziert mit – bereits vor Jahresbeginn mitgeteilten – kalkulatorischen Fallwerten für Regelleistungsvolumen (RLV) und für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

Für jedes Mitglied der KVB sollen die Maßnahmen und Methoden des HVM transparent und klar dargestellt werden. Dies geschieht durch die entsprechenden Veröffentlichungen des HVM, flankiert von weiteren Maßnahmen wie Rundschreiben, Informationsbroschüren und einem jeweils aktualisierten Internetauftritt zum Thema Honorar.

Verteilungsgerechtigkeit

Um die einzelnen Fachgruppen vor einer Dynamik in anderen Fachgruppen zu schützen, sieht der HVM feste Fachgruppentöpfe vor. Innerhalb dieser Fachgruppentöpfe sind – je nach Situation und speziellen Bedürfnissen der einzelnen Fachgruppen – fachgruppenspezifische Besonderheiten und auf die jeweilige Fachgruppe zugeschnittene QZV beziehungsweise innerhalb der Fachgruppe zu fördernde Leistungen vorgesehen. In Fällen, in denen darüber hinaus praxisindividuelle Besonderheiten vorliegen, bestehen entsprechende Antragsmöglichkeiten.

Rechtssicherheit

Der HVM beachtet in seiner Gestaltung die gesetzlichen Vorgaben und die entsprechende Rechtsfortbildung im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Kalkulationssicherheit

Die kalkulatorischen Jahresfallwerte können – je nach Abrechnungsergebnis in der Fachgruppe – im jeweiligen Abrechnungsquartal nur bis auf eine garantierte, fest definierte Untergrenze abgesenkt werden. Bei den RLV-Fallwerten liegt diese Grenze bei 95 Prozent, bei den QZV-Fallwerten bei 85 Prozent. Damit kann ein Arzt im Grunde bereits zu Beginn des Quartals seine Obergrenze „hochrechnen“ und entsprechend kalkulieren. Gleiches gilt für Leistungen, die über Leistungstöpfe vergütet werden. Auch hier gibt es – bis auf wenige Ausnahmen – eine Quotierungsuntergrenze von 85 Prozent.

Versorgungsziele des HVM der KVB

Aus diesen Grundsätzen und unter Berücksichtigung der bayerischen

EBM – Änderungen zum 1. Juli 2019

Versorgungslandschaft ist das Versorgungsziel des HVM der KVB die bestmögliche ambulante Versorgung der Patienten bei gleichmäßigen Versorgungsbedingungen im Flächenland Bayern nach Maßgabe des rechtlichen Rahmens, insbesondere unter den Bedingungen eines gesetzlichen Budgets und unter Beachtung der Vorgaben der Rechtsprechung zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Aus diesem Versorgungsziel leiten sich die folgenden weiteren Ziele ab:

Planungssicherheit

Der HVM soll zur Sicherung einer stabilen Patientenversorgung eine angemessene Vergütung und eine verlässliche wirtschaftliche Planbarkeit für die Praxen gewährleisten.

Direkter Bezug zur Leistung/Kausalität in der Leistungserbringung

Durch Anknüpfung an die aktuelle Fallzahl verfolgt der HVM das Ziel der Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens.

Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Gesetzliche Aufgabe und damit auch Ziel der Honorarverteilung ist es, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit zu verhindern. Als Beispiele seien hier neben der grundsätzlichen Zuteilung einer Obergrenze die Maßnahmen der Fallzahlzuwachs-begrenzung und Fallwertminderung genannt.

Maßnahmen in Bezug zum Sicherstellungsauftrag/(drohende) Unterversorgung

Der HVM berücksichtigt die besondere Situation von Ärzten, die in unterversorgten beziehungsweise in drohend unterversorgten Gebieten tätig sind und setzt in diesen Fällen Mengengrenzungsregelungen mit

Bezug zur Fallzahl für die im betroffenen Planungsbereich erbrachten Fälle automatisch aus. Ärzte in angrenzenden Planungsbereichen, die die Patientenversorgung aufrechterhalten, können einen Antrag auf Ausnahme von Fallzahlbegrenzungsmaßnahmen stellen. Durch diese Maßnahmen soll möglichen Versorgungsengpässen in strukturschwachen Gebieten Rechnung getragen werden.

Berücksichtigung besonderer Konstellationen/Berücksichtigung eines besonderen Versorgungsbedarfs

Besondere Praxiskonstellationen werden im HVM entsprechend berücksichtigt. Die grundsätzliche Bezugnahme auf die aktuelle Fallzahl unterstützt zum Beispiel Praxen in der Aufbauphase und erleichtert den Wiedereinstieg in die Praxistätigkeit. Auch außerhalb von (drohend) unterversorgten Planungsbereichen trägt der HVM besonderen regionalen Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen Rechnung durch eine individuelle Antragsmöglichkeit auf Anpassung der Obergrenze.

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. und 440. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze dar.

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

Empfängnisverhütung ab 14. Juni 2019 für Versicherte unter 22 Jahren

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vom 29. März 2019 hat der Gesetzgeber die Regelungen der Empfängnisverhütung in Paragraph 24a Absatz 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) dahingehend angepasst, dass Versicherte jetzt bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln haben. Bislang galt der Anspruch nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.

Die Gebührenordnungspositionen der Empfängnisregelung in Abschnitt 1.7.5 EBM wurden mit Wirkung ab 14. Juni 2019 an die neue Anspruchsberechtigung „bis zum vollendeten 22. Lebensjahr“ an-

gepasst. Dies betrifft das „Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpressars“ nach Gebührenordnungsposition 01830 und die „Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums“ nach Gebührenordnungsposition 01832.

Für den Zeitraum von der Gesetzesbis zur EBM-Änderung (das heißt vom 1. April bis 13. Juni 2019) besteht bei Patientinnen im Alter von 20 und 21 Jahren lediglich die Möglichkeit, über die entsprechenden Leistungen eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auszustellen. Die Patientinnen können dann die Rechnung bei ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen (vergleiche Paragraf 13 Absatz 3 SGB V).

Zur Verordnung von Kontrazeptiva ab 1. April 2019 haben wir Sie bereits in unserer Verordnung Aktuell vom 11. Juli 2019 informiert. Dieses finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung-aktuell*.

Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM ab 1. Juli 2019

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, informierten wir Sie über die Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Bewer-

tungsausschuss (BA) hat nun in seiner Sitzung am 19. Juni 2019 mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die Aufnahme der ambulanten und belegärztlichen Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den Anhang 2 „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)“ beschlossen.

Anspruchsberechtigte Patienten

Die Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen darf nur bei Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr durchgeführt werden, bei denen die Hyperplasie eine symptomatische, klinisch relevante Beeinträchtigung bewirkt und eine konservative Behandlung nicht ausreicht (siehe Paragraf 2 der Nr. 28 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“).

Operativer Eingriff im Anhang 2

Neuaufnahme einer weiteren Zeile in Anhang 2 (OPS) des EBM (siehe Tabelle)

Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen ist Folgendes zu beachten:

- Nur berechnungsfähig von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Die **postoperative Überwachung** kann entgegen den Anmerkungen

in den GOPen 31232 und 36232 ambulant mit der **GOP 31504** (743 Punkte/80,41 Euro) und belegärztlich mit der **GOP 36504** (87 Punkte/9,42 Euro) abgerechnet werden.

- Für die **postoperative Behandlung** kann – einmalig innerhalb von 21 Tagen – im Anschluss an eine ambulante Tonsillotomie die **GOP 31658** (= bei Überweisung durch den Operateur) oder die **GOP 31659** (= bei Erbringung durch den Operateur) abgerechnet werden.
- Neben der Tonsillotomie sind in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, von der operierenden Praxis nur die in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 beziehungsweise 36.2.1 Nr. 4 EBM aufgeführten Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.
- Die **Narkose** kann ambulant mit der GOP 31822 beziehungsweise belegärztlich mit der GOP 36822 durch den Anästhesisten abgerechnet werden.

Vergütung

Die Leistungen der Kapitel 31 und 36 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Qualifikation

Für die Erbringung und Abrechnung der ambulanten OP-Leistung (GOP

OPS-Kode	Bezeichnung OPS 2019	Kategorie	OP-Leistung ambulant	Bewertung EBM/B€GO	OP-Leistung belegärztlich	Bewertung EBM/B€GO
5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	N2	31232	1593 Punkte / 172,40 €	36232	877 Punkte / 94,91 Euro

31232) ist eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (QSV ambulantes Operieren) beziehungsweise für die belegärztliche OP-Leistung (GOP 36232) eine Anerkennung als Belegarzt notwendig.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 439. Sitzung vom 19. Juni 2019 wurde auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

Regionale Zusatzvereinbarungen

Mit Einführung der Tonsillotomie in den EBM enden die regionalen Vereinbarungen mit der BARMER und der KKH zum 30. Juni 2019. Der Vertrag mit den BKKen kann erfreulicherweise fortgesetzt werden. Über die Details informieren wir die Vertragsteilnehmer in einem gesonderten Rundschreiben.

Neue EBM-Leistung für die Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod ab 1. Juli 2019

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung noch kurzfristig zum 1. Juli 2019 eine neue Gebührenordnungsposition für die Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Fingolimod in den EBM aufgenommen.

Neu: GOP 01516 – Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Erstgabe
- oder
- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Umstellung der Tagesdosis von 0,25 mg auf 0,5 mg
- oder
- Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei Wiederaufnahme der Therapie nach Unterbrechung von einem Tag oder mehreren Tagen während der ersten zwei Behandlungswochen oder von mehr als sieben Tagen während der dritten und vierten Behandlungswoche oder von mehr als zwei Wochen nach einem Behandlungsmonat
- Dauer mehr als sechs Stunden

EBM Bewertung: 1.404 Punkte
Preis B€GO: 151,95 Euro

- Nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie von Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig
- In derselben Sitzung neben der Praxisklinischen Betreuung (GOPen 01510 bis 01512), den Betreuungspauschalen im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen (GOPen 01910 und 01911), den Infusionen (GOPen 02100 und 02101), den nephrologischen Betreuungspauschalen (GOPen 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612), der Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen

der Schmerztherapie (GOP 30708) und der bildwandlergestützten beziehungsweise CT-gesteuerten Intervention(en) (GOPen 34503 bis 34505) nicht berechnungsfähig

Hintergrund der Einführung ist eine Regelung im Fünften Buch des Sozialgesetzes (SGB V), dass zeitgleich mit der Beschlussfassung zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln des Gemeinsamen Bundesausschusses der EBM anzupassen ist, wenn die Fachinformation des bewerteten Medikaments für seine Anwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die nicht im EBM abgebildet ist (vergleiche Paragraph 87 Absatz 5b S. 5 SGB V).

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 01516 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung auf Landesebene ist mit den Krankenkassen in Bayern noch zu vereinbaren.

Neue EBM-Leistung zur Diagnostik im Rahmen der Überwachung einer Pharmakotherapie mit Delstrigo® und Pifeltro®

Die Anwendung der Arzneimittel Delstrigo® und Pifeltro® setzen voraus, dass keine Mutationen der HI-Viren vorliegen, die mit einer Resistenz gegen die Substanzklasse der NNRTI (nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren) assoziiert sind. Die Fachinformationen der Arzneimittel Delstrigo® und Pifeltro® geben in diesem Zusammenhang die Resistenztestung bei allen therapienaiven Patienten vor. Gegenwärtig sind nach Anlage I

Nr. 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (MVB-RL) die HIV-Resistenztestungen für therapienaive Patienten jedoch auf besondere Risikogruppen beschränkt, sodass Anpassungsbedarf im EBM bestand.

Bei allen therapienaiven Patienten, die nicht unter die in Anlage I Nr. 10 der MVB-RL aufgeführten Risikogruppen fallen, kann ab 1. Juli 2019 die HIV-Resistenztestung vor Anwendung der oben genannten Arzneimittel durchgeführt und mit der neuen Gebührenordnungsposition 32818 (Preis B€GO 260,00 Euro) abgerechnet werden

NEU: GOP 32818 – Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß der Fachinformation der Arzneimittel Delstrigo® und/oder Pifeltro® vor Erstverordnung, sofern die Untersuchungsvoraussetzungen gemäß Anlage I Nr. 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllt sind

Preis B€GO: 260,00 Euro

Für Risikogruppen gemäß Anlage I Nr. 10 der MVB-RL (G-BA) ist weiterhin die bereits bestehende Gebührenordnungsposition 32828 (Preis B€GO 260,00 Euro) für die genotypische HIV-Resistenztestung berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 32818 und 32828 setzen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laboruntersuchungen nach Ab-

schnitt 32.3 (QSV-Spezial-Labor) voraus.

Vergütung

Für die neu in den EBM aufgenommene GOP 32818 EBM empfiehlt der Bewertungsausschuss die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Umsetzung dieser Empfehlung muss aber noch mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden.

Änderung GOP 19456 zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung mit Rubraca®

Rubraca® ist indiziert als Monotherapie zur Behandlung erwachsener Patientinnen mit platinsensitivem, rezidiviertem oder progressivem, highgrade epitheliale Ovarial-, Eileiter- oder Peritonealkarzinom mit BRCA-Mutationen (Keimbahn und/oder somatisch), die mit zwei oder mehr vorherigen platinbasierten Chemotherapielinien behandelt wurden und keine weitere platinhaltige Chemotherapie tolerieren. Zur Abbildung der Diagnostik zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung mit dem Arzneimittel Rubraca® im EBM wurde die Leistungslegende der GOP 19456 dahingehend geändert, dass die Eigenschaft „serös“ aus dem obligaten Leistungsinhalt gestrichen, sowie die Eigenschaft „progressive“ Karzinome aufgenommen wurde.

Screening auf schwere kombinierte Immundefekte (SCID) ab 1. Juli 2019 berechnungsfähig

In den KVB INFOS, Ausgabe 4/2019, informierten wir Sie über die Aufnahme des Screenings auf schwere

kombinierte Immundefekte mittels quantitativer oder semiquantitativer Polymerase Chain Reaction (PCR) in die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) des G-BA. Der Bewertungsausschuss hat nun in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 beschlossen, dass das Screening auf SCID über die bereits bestehende Laboruntersuchung für das erweiterte Neugeborenen-Screening vergütet wird. Hierfür wird die Bewertung der GOP 01724 auf 221 Punkte (23,92 Euro) erhöht.

Für Sie als Veranlasser des erweiterten Neugeborenen-Screenings ändert sich nichts. Die Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening wird vom G-BA entsprechend angepasst. Sie finden die Kinder-Richtlinie einschließlich der Elterninformation auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien.

Psychotherapie: Zusätzliche Kontingente für Menschen mit geistiger Behinderung – Anpassung des EBM zum 1. Juli 2019

In den KVB INFOS, Ausgabe 3/2019, informierten wir Sie bereits über die Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung gemäß Paragraph 1 Absatz 4 der Psychotherapie-Richtlinie. Wie bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können nun auch bei dieser Patientengruppe zusätzliche Kontingente für die Einbeziehung von Bezugspersonen im Rahmen einer Einzel- und Gruppentherapie beantragt werden und auch mehr psychotherapeuti-

sche Sprechstunden, probatorische Sitzungen und Einheiten zur Rezidivprophylaxe durchgeführt werden.

Ab dem 1. Juli 2019 sind bei Patienten mit einer Intelligenzstörung (gesicherte ICD-10-Diagnose F70 - F79) berechnungsfähig:

- Für die **psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151)**: bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten) möglich (bisher: bis zu sechs Sprechstunden/150 Minuten)
- Für die **probatorischen Sitzungen (GOP 35150)**: bis zu sechs probatorische Sitzungen in Einheiten à 50 Minuten je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 300 Minuten) möglich (bisher: insgesamt bis zu vier Sitzungen)
- Für die **Rezidivprophylaxe** können im Falle der Hinzuziehung von Bezugspersonen bei einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden maximal zehn Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 20 Stunden genutzt werden.
- Bei der **Einbeziehung von Bezugspersonen** (B-Kennzeichnung) ist in der Begründung zum Antrag anzugeben, ob und in welchem Umfang die Einbeziehung als notwendig angesehen wird. Die Einbeziehung der Bezugsperson soll ein Verhältnis 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten nicht überschreiten. Die Stunden werden der Anzahl der Therapieeinheiten hinzugerechnet (Paragraf 11 Absatz 10 Psychotherapie-Vereinbarung).
- Die Anzahl der Sitzungen im Rahmen der **psychotherapeutischen Akutbehandlung** bleiben

unverändert (bis zu 24 Sitzungen in Einheiten à 25 Minuten je Krankheitsfall).

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die notwendigen Anpassungen im EBM beschlossen und die Anmerkungen der Gebührenordnungspositionen 35150 (Probatorische Sitzung) und 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) um die neuen Regelungen für Menschen mit geistiger Behinderung ergänzt.

Akutbehandlung nicht neben Richtlinien-therapie – Klarstellung in der Psychotherapie-Vereinbarung

Die Regelungen über die Akutbehandlung wurden präziser gefasst. Danach wird die Durchführung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung parallel zu einer Richtlinienpsychotherapie nach Paragraf 15 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen. Ferner ist die Durchführung von Akutbehandlungen innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen, wobei Ausnahmen möglich bleiben.

Allgemeines

Ab dem 22. Dezember 2018 hat der Gesetzgeber das Personenstandsgesetz dahingehend geändert, dass der Personenstandsfall von Neugeborenen außer als „weiblich“, „männlich“ oder „ohne Angabe“ nunmehr auch mit der Angabe „divers“ in das Geburtenregister eingetragen werden kann. Hierfür wird mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die Allgemeine Bestimmung Nr. 4.2.1 um die Kennzeichnung „D“ auf der elektronischen Gesundheitskarte für das diverse Geschlecht ergänzt.

Darüber hinaus wurden Regelungen aufgenommen, dass geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt (zum Beispiel Ultraschallscreening auf Bauchortaaneurysmen) bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann berechnungsfähig sind, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht der Geschlechtszuordnung der Anspruchsberechtigten der jeweiligen Gebührenordnungspositionen entspricht. Voraussetzung ist, dass eine medizinische Begründung einschließlich des ICD-10-Kodes für Intersexualität oder Transsexualität (Feldkennung 6001 beziehungsweise 3673) angegeben und zusätzlich zu der entsprechenden Leistung die Kennzeichnungsnummer 88150 eingetragen wird.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 01516 werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 01516 und 32818 werden als Ausschlussleistung zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) mit „*“ ausgewiesen.

Aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 24. Oktober 2018 wurde bei psychotherapeutischen Leistungen der Anhang 3 des EBM angepasst. Die betroffenen psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen 35140, 35141, 35150, 35151, 35152 und die Einzeltherapien aus dem Abschnitt 35.2.1 sowie die neuropsychologischen Gebührenordnungspositionen 30931 und

Sonografie von Extremitätenvenen: Wann ist GOP 33076 abrechenbar

30932 werden im Anhang 3 gekennzeichnet und mit dem Hinweis versehen, dass bei Erstellung des Tagesprofils bei den betroffenen Leistungen auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen ist.

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

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2018 (Az.: B 6 KA 16/17 R) festgestellt, dass die Abrechnung der Sonografie von Extremitätenvenen mittels B-Mode Verfahren (GOP 33076) neben der Duplex-Sonografie der extremitätenversorgenden und/oder entsorgenden Gefäße (GOP 33072) dann nicht möglich ist, wenn beide Untersuchungen in derselben Sitzung die Venen der Extremitäten betreffen.

gehen deshalb vollständig in der höher bewerteten GOP 33072 EBM auf.

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

Der Abrechnungsausschluss bezieht sich nur auf die Untersuchung der Venen. Nicht ausgeschlossen ist die Abrechnung beider Gebührenordnungspositionen nebeneinander in den Fällen, in denen mittels B-Mode-Verfahren ausschließlich die Venen und mittels Duplex-Verfahren ausschließlich Arterien der Extremitäten untersucht werden. Solche besonderen Konstellationen sind in der Patientenakte zu dokumentieren und auf Anforderung nachzuweisen.

Nach Abschnitt I Nr. 2.1.3 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist eine Gebührenordnungsposition dann nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und – sofern vorhanden – fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind.

Jede „Vene einer Extremität“ im Sinne der GOP 33076 EBM ist ein „extremitätenentsorgendes Gefäß“ im Sinne der GOP 33072 EBM. Soweit beide in derselben Sitzung durchgeführten Sonografieuntersuchungen die Venen der Extremitäten betreffen, sind die Leistungsinhalte der GOP 33076 EBM in der GOP 33072 EBM enthalten und

Atem- und Krankengymnastik – einmal je Sitzung

Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung

Aufgrund der Formulierung der obligaten Leistungsinhalte „Dauer **mindestens** 15 bzw. 20 Minuten“ können die Gebührenordnungspositionen für die Atemgymnastik (GOPen 30410 und 30411 EBM) und für die Krankengymnastik (GOPen 30420 und 30421 EBM) nur einmal je Sitzung berechnet werden, auch wenn die Sitzung/Behandlung länger als 15 beziehungsweise 20 Minuten dauert.

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

Die Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung (GOP 16230/21230), in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (GOP 16231/21231) und eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung (GOP 16233/21233) sind nur dann abrechenbar, wenn die in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen angegebenen Erkrankungen vorliegen. Dies ist im Rahmen der Quartalsabrechnung durch Angabe eines passenden ICD-Codes und der Angabe einer Zusatzkodierung mit passender Diagnosesicherheit zu belegen. Daneben sind die obligaten Leistungsinhalte zu erfüllen und zu dokumentieren.

Hinsichtlich der Diagnosesicherheit gilt für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen:

- Durch eine gesicherte Diagnose (G) wird das Vorliegen der Erkrankung bestätigt.
- Eine Verdachtsdiagnose (V) ist nur in absoluten Ausnahmefällen plausibel, beispielsweise wenn der Therapiebeginn und die kontinuierliche Mitbetreuung unverzüglich erfolgen müssen.
- Eine Diagnose, die den Zustand nach der betreffenden Erkrankung beschreibt (Z), ist nur zu verwenden, wenn der akute Verlauf der Erkrankung medizinisch gesehen beendet, die Mitbetreuung jedoch für einen gewissen Zeitraum noch erforderlich ist, da noch Einschränkungen bestehen. Das Zusatzkennzeichen „G“ ist zu verwenden, wenn es einen spezifischen Kode für die verbleibende Krankheitssituation

gibt, beispielsweise „Rest- oder Folgezustände“.

- Eine ausgeschlossene Diagnose (A) berechtigt hingegen nicht zur Abrechnung der GOPen 16230 ff und 21230 ff.

Bei fehlender Angabe eines passenden ICD-Codes und einer entsprechenden Zusatzkodierung zur Diagnosesicherheit wird die Leistung gestrichen.

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

Abrechnung über das Sozialversicherungsabkommen (SVA)

Vollständig eingereichte und lesbare Unterlagen sind zwingende Voraussetzung für die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem ausländischen Kostenträger. Fehlen diese, haben die Kostenträger die Möglichkeit, Prüfmitteilungen (Paragraf 106 d Absatz 3 SGB V) und Anträge (Paragraf 48 Absatz 3 BMV-Ä) zu stellen. Die KVB ist gezwungen, diese mit einem Bescheid (Honorarkürzung) umzusetzen.

Anspruchsberechtigt sind Patienten aus der EU, EWR und der Schweiz, die sich während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland befinden, der nicht nur dem Zweck der medizinischen Versorgung dient (Tabelle 1).

Anspruchsberechtigt sind Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über soziale Sicherheit, die während eines Aufenthaltes in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen (Tabelle 2).

Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten. **Bei Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GÖA zu berechnen.**

Weitere Informationen zur Abrechnung über das Auslandsabkommen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere-Kostenträger*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 11 / 94667 - 4 09 60

Leistungsumfang	Medizinisch notwendige Behandlungen, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland zurückgestellt werden können
Anspruchsnachweis	Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) und Reisepass oder Personalausweis
Checkliste	<p>Überprüfen Sie die Identität des Patienten und die Gültigkeit der EHIC beziehungsweise PEB.</p> <p>Kopieren Sie die EHIC beziehungsweise PEB zweifach und versehen Sie diese Kopien mit Datum, Ihrer Unterschrift und Vertragsarztstempel (Ausnahme: fahrender Notdienst, händisch erfasste Daten).</p> <p>Der Patient füllt die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in der gewünschten Sprache aus und unterschreibt diese.</p> <p>Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der unterschriebenen Patientenerklärung umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse!</p> <p>Die Zweitkopie muss zwei Jahre in der Praxis aufbewahrt werden.</p> <p>Die Leistungen rechnen Sie mit Ihrer Quartalsabrechnung elektronisch als SVA-Fall zu Lasten der vom Patienten gewählten Krankenkasse ab.</p>

Leistungsumfang	Der Anspruch ist auf unaufschiebbare Leistungen eingeschränkt.
Anspruchsnachweis	Nationaler Anspruchsnachweis der gewählten deutschen Krankenkasse
Checkliste	<p>Überprüfen Sie, ob der Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt (zum Beispiel Türkei, Tunesien).</p> <p>Prüfen Sie, ob der nationale Anspruchsnachweis vollständig ist (zum Beispiel Leistungszeitraum, Kassenstempel, Unterschrift).</p> <p>Prüfen Sie die Dringlichkeit der Behandlung und beachten Sie Einschränkungen auf dem nationalen Anspruchsnachweis.</p> <p>Danach übernehmen Sie die Daten in Ihr Abrechnungssystem.</p>

Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie in den EBM

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden Praxen für ihr Engagement in den regionalen Vereinbarungen. Dies hat dazu beigetragen, dass die Tonsillotomie nun einheitlich für alle Krankenkassen als Leistung in den EBM aufgenommen wurde. Auf Seite 106 dieser Ausgabe informieren wir über die Aufnahme der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM seit 1. Juli 2019.

Vertragsbeendigung bei BARMER und KKH

Mit der Aufnahme der Leistung in den EBM haben die BARMER und die KKH ihren Vertrag mit der KVB zum 30. Juni 2019 beendet. Seit 1. Juli 2019 können daher keine Patienten mehr in den Vertrag eingeschrieben werden. Folgende Leistungen sind im Rahmen des Vertrags mithin **nicht mehr erbringbar**:

- Operationen 93045A, B, C, D, H, I (BARMER) sowie 97070A, B, C, D, H, I (KKH)
- Anästhesie 93045J (BARMER) sowie 97071 (KKH)
- Aufwachraum 93045K (BARMER) sowie 97072 (KKH)

Noch nicht eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) aus den letzten drei Vorquartal(en) können spätestens mit der Abrechnung für Q1/2020 als Nachtragsfälle bei der KVB eingereicht werden.

Vertragsfortführung – ergänzende Abrechnungsregelungen bei der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft (BKK-VAG)

Erfreulicherweise wird der Vertrag mit der BKK-VAG fortgeführt. Die aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen und weitere Infor-

mationen zum Vertrag finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „T“/Tonsillotomie*.

Es ist zu beachten, dass

- am selben Behandlungstag eine parallele Abrechnung der Ziffern der regionalen Vereinbarung mit der BKK-VAG neben den EBM-Ziffern 31232/36232, 31504/36504, 31658 beziehungsweise 31822/36822 ausgeschlossen ist,
- bei der Leistungserbringung die jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen einzuhalten sind,
- Sie die Abrechnungsziffern wie bisher selbst in Ihrer Abrechnung ansetzen müssen für
 - Operationen: 97070A, B, C, D, H, I
 - Anästhesie: 97071
 - Aufwachraum: 97072
 - postoperative Nachbehandlungen: 97070E, F und G.

Voraussetzung zur Abrechnung der Ziffern ist weiterhin eine unterzeichnete und bestätigte Teilnahme des HNO-Arztes beziehungsweise Anästhesisten sowie eine Teilnahmeerklärung des Versicherten.

Sollten Sie alternativ eine Leistungserbringung gemäß EBM bevorzugen, so ist dies unter Einhaltung der dortigen Abrechnungsbedingungen ebenfalls zulässig. Mischfälle sind jedoch zu vermeiden, da abgerechnete Leistungen unter Umständen gestrichen werden, sofern Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten werden.

Sollte es bei der nachgelagerten Kassenprüfung zu einem Verstoß gegen die Abrechnungsregelungen – insbesondere zu einer Parallel-

abrechnung von EBM- und Selektivvertragsleistungen – kommen, so sind die Krankenkassen gegebenenfalls berechtigt, die Vergütung in Höhe der selektivvertraglichen Leistungen zurückzufordern.

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

Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung

Die Neuregelungen der Psychotherapie-Vereinbarung sind am 15. April 2019 in Kraft getreten. Die Regelung über die **Akutbehandlung** wurde präziser gefasst. Danach wird die Durchführung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung parallel zu einer Richtlinienpsychotherapie nach Paragraph 15 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen. Ferner ist die Durchführung von Akutbehandlungen innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht vorgesehen, wobei Ausnahmen möglich bleiben.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden Videobehandlungen in die ambulante psychotherapeutische Versorgung eingeführt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband sind dem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und haben die Psychotherapie-Vereinbarung für psychotherapeutische Leistungen per Video angepasst.

Nur wenn die Behandlung keinen unmittelbaren persönlichen Kontakt erfordert, kann eine psychotherapeutische Leistung über zertifizierte Videodienste erbracht werden. Die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung verdeutlichen, dass die Durchführung einer Videopsychotherapie ein Ausnahmefall bleibt. Zu Beginn einer Behandlung, in Krisensituationen oder bei Behandlungen, die eine direkte Interaktion erforderlich machen, sind keine Videogespräche vorgesehen. Klargestellt wurde daher, dass für Psychotherapeutische Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Psychotherapeutische Akutbehandlung, Gruppenpsychotherapie und Hypnose ein

unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist.

In einem ersten Schritt wurden die Gebührenordnungspositionen 01439 und 01450 für die Grundpauschalen der Kapitel 14, 22 und 23 EBM geöffnet (wir berichteten bereits in den KVB INFOS, Ausgabe 5/2019). Bevor niedergelassene Psychotherapeuten eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Patienten per Video als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen können, ist vom Bewertungsausschuss noch eine Anpassung des EBM vorzunehmen, was bis Ende September erfolgen soll.

Weitere Änderungen umfassen Regelungen zu Zweitgutachten (früher: Obergutachten). Insbesondere wurden Neuerungen zur Einleitung des Verfahrens zur Erstellung des Zweitgutachtens durch den behandelnden Therapeuten nach Aufforderung durch die Krankenkasse einschließlich der zu verwendenden Vordrucke sowie allgemeine Vorgaben zur Bestellung und Qualifikation eines Zweitgutachters in der Psychotherapie-Vereinbarung eingefügt.

Neu ist außerdem, dass die Kontingente für Patienten mit geistiger Behinderung erweitert wurden (siehe auch KVB INFOS, Ausgabe 3/2019). In der Psychotherapie-Vereinbarung wurde die Regelung zur Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie entsprechend angepasst, sodass künftig höhere Kontingente für die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zur Verfügung stehen.

Die damit notwendigen EBM-Änderungen wurden vom Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2019 beschlossen. Nähere Informationen finden Sie in dieser Ausgabe der KVB INFOS in der Rubrik „Abrechnung“.

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

ASV – Hämophilie

Am 4. Juli 2019 trat die Anlage 2c – Hämophilie – in Kraft. Welche Fachrichtungen zur Teamgründung nötig sind und welche Patientengruppen die Anlage umfasst, finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschlusse/3734/>

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zu Anlage III, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse

- Nummer 23 – Dermatika – geändert: Dermatika, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen und bei denen die Krankenbehandlung nicht im Vordergrund steht.

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- Lubricano® wird zu „InstillaGel Lubri“ – Änderung der Produktbezeichnung
- Movicol® Schoko – Aufnahme
- myVisc Hyal 1,0 – Änderung der Befristung auf 31. Oktober 2021
- Optyluron NHS 1,0 % – Änderung der Befristung auf 18. Dezember 2021
- Optyluron NHS 1,4 % – Änderung der Befristung auf 18. Dezember 2021
- Pe-Ha-Visco® 1,0 % – Änderung der Befristung auf 4. April 2024
- Pe-Ha-Visco® 2,0 % – Änderung der Befristung auf 4. April 2024
- Z-Hyalin® – Änderung der Befristung auf 1. Mai 2024

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

- Tamsulosin bei Urolithiasis

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung

Änderungen beziehungsweise Ergänzungen der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-V), die zum 1. Juli 2019 in Kraft getreten sind, haben wir Ihnen in einem Verordnungsaktuell zusammengestellt.

Der Vereinbarungstext hat sich im Abschnitt „II. Anwendungsbereich“ und „III. Definition Sprechstundenbedarf“ geändert. Die Anlage zur SSB-V hat sich im Abschnitt Arzneimittel (Antibiotika, Antimykotika, Antitussiva, Gerinnungshemmer, Kardiaka und Kortikoide) geändert.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

FAQ zur Krankenförderung

Die Antwort auf die Frage „Können Krankenfahrten auch bei ambulanten Operationen grundsätzlich verordnet werden?“ wurde neu formuliert:

„Generell ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, dass Krankenkassen Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernehmen. Dies gilt auch für eine Heimfahrt nach einer ambulanten Operation. Diese muss der Patient selbst bezahlen. Das SGB V und die Krankentransport-Richtlinie lassen nur wenige Ausnahmen zu.“

Die Fahrt zur ambulanten Operation in der Praxis, die nicht unter Paragraph 115b SGB V fällt, ist zulasten der GKV nur verordnungsfähig, wenn die Ausnahmetatbestände (ambulante Dialyse, onkologische Strahlentherapie, parenterale anti-neoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie, Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, Pflegegrad 3a, 4 oder 5) erfüllt sind.

Für die Fahrt zur ambulanten Operation in der Praxis, die unter Paragraph 115b SGB V fällt, besteht zusätzlich ein Ausnahmefall, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden wird (also nicht generell bei ambulanten Operationen). Die Ausnahmeregelung gilt insbesondere dann, wenn die „aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aus besonderen, beispielsweise patientenindividuellen, Gründen als ambulante Behandlung vorgenommen wird“ (Paragraf 7 KT-RL). Somit greift diese Ausnahmeregelung für Krankenfahrten im Zusammenhang mit ambulanten

Operationen nur in sehr seltenen Fällen. Damit Patienten aber in solchen Fällen nicht schlechter gestellt sind als Patienten, die sich stationär behandeln lassen, darf hier eine Krankenförderung verordnet werden und es besteht keine Genehmigungspflicht.

Die aktualisierten FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Verordnung aktuell*.

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

Arzneimittelversorgungsvertrag

Eine Änderung des Arzneimittelversorgungsvertrags führt dazu, dass – wenn kein Rabattvertrag greift – eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben werden muss. Dieses darf nicht teurer als das verordnete Arzneimittel sein (bisher muss eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgegeben werden.)

In unserem Verordnung Aktuell „Aut-idem – Abgabe Regelungen“ lesen Sie die Details. Für Ihre Patienten gibt es die aktualisierte Version des Patientenhinweises „Ihr Arzt ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet!“.

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

Blutzucker: Real-Time-Messgeräte

Das Gerät „Freestyle Libre 2“ ist seit Juli 2019 im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt und zulasten der GKV verordnungsfähig. Es misst kontinuierlich den Glukosewert, sendet die Werte automatisch in Echtzeit an ein Empfangsgerät und hat eine Alarmfunktion.

Achtung: Das Gerät „FreeStyle Libre“ ist dagegen nicht zulasten der GKV verordnungsfähig! Es misst zwar kontinuierlich den Glukosewert, sendet jedoch die Werte nicht automatisch in Echtzeit an ein Empfangsgerät und hat keine Alarmfunktion. Es erfüllt somit nicht die nötigen Kriterien für eine kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit rtCGM gemäß dem G-BA-Beschluss.

Einzelne Krankenkassen übernehmen die Kosten für Geräte zum Flash-Glukose-Monitoring (FreeStyle Libre) als Satzungsleistung. Für Satzungsleistungen sind nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Privatrezepte zu verwenden.

Das Verordnung Aktuell „Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus“ wurde entsprechend angepasst.

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

Langzeitkontrazeptiva

Am 1. April haben wir Sie zum ersten Mal über die Änderung des Paragraphen 24a Absatz 2 SGB V informiert, die zum Ziel hatte, die Altersgrenze für die Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln von vollendeten 20 auf vollendete 22 Jahre anzuheben (siehe auch Seite 105 in dieser Ausgabe).

Die AOK Bayern teilte uns in diesem Zusammenhang mit, dass auch Langzeitkontrazeptiva (Intrauterinpeppar, Depot-Kontrazeptivum) bis einen Tag vor dem 22. Geburtstag der Versicherten über ein Kassenrezept (Muster 16, „rosa Rezept“) verordnet werden darf. Die Ersatzkassen haben sich dieser Meinung angeschlossen.

Von den anderen Krankenkassen haben wir diesbezüglich keine Rückmeldung erhalten.

In unserer Verordnung Aktuell „Verordnung von (Notfall-)Kontrazeptiva – neu zum 1. April 2019!“ lesen Sie weitere Details.

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

Verordnung einer Ernährungsberatung

Bisher erfolgte die Verordnung der Ernährungsberatung für LKK-Versicherte auf Vordruck-Muster 66. Ab sofort soll die Ernährungsberatung nur noch auf Muster 16 verordnet werden – wie auch bei allen anderen Krankenkassen.

Für LKK-Versicherte erhalten Sie weiterhin für die Beratung zur Änderung des Ernährungsverhaltens und einer Verordnung einer Ernährungsberatung eine Vergütung nach GOP 97129 (10,23 Euro).

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

Überweisungen: Unterschiede beachten

Der überweisende Vertragsarzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Nach Paragraph 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind vier verschiedene Arten der Überweisung eines Vertragsarztes an einen anderen Arzt zu unterscheiden:

- **Überweisung zur Auftragsleistung:** Erforderlich ist entweder die Angabe der Definition der konkreten durch den auftragsausführenden Arzt zu erbringenden Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).
- **Überweisung zur Konsiliaruntersuchung:** Die Überweisung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Der überweisende Arzt erhält dadurch die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen.
- **Überweisung zur Mitbehandlung:** Ergänzende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen durch den überweisungsempfangenden Vertragsarzt, der sich im selben Gebiet wie der überweisende Arzt befindet.
- **Überweisung zur Weiterbehandlung:** Die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit wird an den weiterbehandelnden Arzt übertragen.

Zu beachten ist, dass vor allem **laboratoriumsmedizinische Leistungen ausschließlich als Auftragsleistung** zulässig sind. Hierunter fallen

- die Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Allgemein- und Speziallabor),

- ausschließlich laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch),
- Leistungen der Abschnitte 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen), 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumor-genetischer Veränderungen) und 30.12.2 EBM (MRSA-Nachweis).

Mit Hilfe dieser Regelung werden die durchzuführenden Laboruntersuchungen konkretisiert. Sie werden auf diejenigen Leistungen beschränkt, die tatsächlich indiziert sind. Die Abrechnung der Laborleistungen durch den auftragsausführenden Arzt soll möglichst wirtschaftlich sein.

Wir bitten alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ihr Überweisungsverhalten zukünftig vor dem Hintergrund der vorgenannten Regelungen nochmals zu reflektieren.

Das Kompetenzzentrum „Labor“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen und einer Expertengruppe aus Laborärzten und Mikrobiologen Hinweise zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen erarbeitet. Diese finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de in der Rubrik Mediathek unter Publikationen/ Broschüren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 09 41 / 39 63-2 92
Fax 09 41 / 39 63-6 82 92

Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gemeinsam mit verschiedenen Organisationen Merkblätter zu den Themen „**Kinderunfälle**“ und „**Seelisch gesund aufwachsen**“ entwickelt.

Kinder- und Jugendärzte geben diese im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 an die Eltern aus. Die Merkblätter sind bei der KBV als Download erhältlich. Als Druckversion können Sie diese Merkblätter – zwischenzeitlich auch die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ – beim Kohlhammer-Verlag Stuttgart mit dem Bestellschein für vertragsärztliche Vordrucke bestellen.

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

Überweisungsschein (Muster 6) – Änderungen

Die Vordruckerläuterungen zum Überweisungsschein (Muster 6) wurden grundlegend überarbeitet und definiert. Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden. Erstreckt sich die Behandlung des auf Überweisung tätig werdenden Arztes über **mehr als ein Quartal**, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheins ist nicht erforderlich.

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

Geschlechtsangabe auf Formularen

Für die Angabe des Geschlechts gibt es die gesetzliche Vorgabe, dass neben männlich und weiblich auch „divers“ als Geschlechtsangabe möglich sein muss (Paragraf 22 Absatz 3 und Paragraf 45b Personenstandsgesetz). Diese Vorgabe wird nun auch im Formularbereich umgesetzt. Die Partner des Bundesmantelvertrags haben auch berücksichtigt, dass das Geschlecht „unbestimmt“ sein kann.

Konkret wird es auf dem Überweisungsschein (Muster 6) sowie auf den Laboranforderungsscheinen Muster 10, 10A und 10L künftig nicht mehr zwei Ankreuzfelder für „männlich“ oder „weiblich“ geben, sondern nur noch ein Textfeld, in das eines der folgenden Kürzel für die jeweilige Geschlechtsform einzutragen ist:

- W für weiblich
- M für männlich
- D für divers
- X für unbestimmt

Ausfüllhinweise für Muster 6, 10, 10A und 10L

Die Anpassung der Geschlechtsangabe wird wie beschrieben auf dem Überweisungsschein (Muster 6) und den Laboranforderungsscheinen Muster 10, 10A und 10L umgesetzt. Die vier überarbeiteten Muster werden zum 1. Oktober 2019 eingeführt. Die Praxen können jedoch noch vorhandene alte Muster aufbrauchen. In einem solchen Fall dürfen sie aber nicht „männlich“ oder „weiblich“ ankreuzen, sondern müssen in das Ankreuzfeld für „männlich“ eines der vier Kürzel M, W, D oder X eintragen. Diese Vorgabe gilt für handschriftliche Eintragungen genauso wie für das Ausfüllen am Praxisrechner.

Ausfüllhinweise für Muster 5 und 19

Derzeit wird außerdem die Zusammenlegung der Muster 5 „Abrechnungsschein“ und Muster 19 „Notfall-/Vertretungsschein“ diskutiert, sodass für diese Muster zum 1. Oktober noch keine neuen Druckfassungen erstellt werden. Die Angabe des Geschlechts erfolgt deshalb auch hier wie oben beschrieben: Es ist eines der vier Kürzel M, W, D oder X in das für „männlich“ vorgesehene Ankreuzfeld einzutragen.

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

Die nächsten Seminartermine der KVB

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

Informationen zu Qualitätsmanagement und Hygiene

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

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

Anmeldeformulare und weitere Seminare

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Themengebiet

Abrechnung

Abrechnungsworkshop: Orthopädische und Reha-Praxen

Die Privatabrechnung in der psychotherapeutischen Praxis

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

DMP

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Asthma-COPD

DMP - Asthma - COPD für koordinierende Hausärzte

DMP - Patientenschulung - mit Insulin

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - Diabetes mellitus Typ 1 für koordinierende Hausärzte

DMP - Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes-KHK

DMP - Patientenschulung - Hypertonie ZI

DMP - Fortbildungstag für koordinierende Hausärzte

DMP - KHK für koordinierende Hausärzte

Fachseminare

Adipositas - Prävention und Therapie

Fortbildung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 6

Einsteigerseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul 4

Führungsseminare

Führungskräfte in der Praxis - Grundlagen der Führung

IT & Online

Die Praxis im Internet

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	8. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. Oktober 2019 17. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	21. September 2019 28. September 2019	9.00 bis 15.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 15.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	9. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	100,- Euro	11. Oktober bis 12. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr 9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	95,- Euro	19. Oktober 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	45,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 17.30 Uhr	Regensburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	21. September 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	25. September 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	85,- Euro	28. September 2019	9.30 bis 14.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	9. Oktober 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Augsburg
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	16. Oktober 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	20. September 2019 9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München

Themengebiet**Kooperation, Recht und Wirtschaft**

Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Niederlassung

Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ

Alles rund ums Arbeitsrecht

Für Krisensituationen zugunsten Ihrer Angehörigen vorsorgen

Informationen für an einer Anstellung interessierte Ärzte/Psychotherapeuten

Niederlassung & Praxisabgabe

Praxisführung leicht gemacht: Informationen für neu niedergelassene Ärzte

Wege in die ambulante ärztliche/psychotherapeutische Versorgung

Praxismanagement

Mitarbeiter erfolgreich motivieren

Konfliktmanagement

Patientengespräche zielgerichtet führen

Fit für den Empfang

Qualitätsmanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Refresherkurs Hygienemanagement

Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten

QM-Dokumente - digital erstellen, pflegen und archivieren

Ausbildung zum QMB nach DIN ISO 9001

Ausbildung zum QMB nach QEP®

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Grenzen setzen - Grenzen achten

Fachkompetent und empathisch - kein Gegensatz

Telefontraining

Telefonieren in der Praxis - Auffrischung und Vertiefung

Sicher bei der Terminvergabe

Verordnung

Heilmittelverordnungen - Informationen und Tipps

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	18. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Würzburg
		9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	
Praxisinhaber	kostenfrei	21. September 2019	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Straubing Augsburg Bayreuth
		16. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	
		6. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	14. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Nürnberg
		23. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	
Ärzte, Psychotherapeuten	kostenfrei	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	München
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	11. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. September 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	18. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	11. Oktober bis 12. Oktober 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	220,- Euro	18. Oktober bis 19. Oktober 2019	9.00 bis 17.00 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg
Ärzte, Psychotherapeuten	110,- Euro	19. Oktober 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	95,- Euro	25. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber, Praxismitarbeiter	95,- Euro	27. September 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	9. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	95,- Euro	21. September 2019	10.00 bis 14.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	16. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. September 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth Regensburg
		16. Oktober 2019	16.00 bis 18.00 Uhr	

