

KVBIINFOS

01 | 15
02 | 15

ABRECHNUNG

- 2 Die nächsten Zahlungstermine
- 2 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2014
- 3 Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2015
- 6 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2015
- 6 Allgemeines zu den Änderungen des EBM
- 7 Änderungen des EBM im Bereich Hausärzte
- 8 Änderungen des EBM im Bereich Kinder- und Jugendärzte
- 9 Änderungen des EBM im Bereich Fachärzte
- 11 Anhang 3 EBM
- 11 Weitere Änderungen zum 1. Januar 2015

VERORDNUNGEN

- 12 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 12 Rückforderungsanträge der Krankenkassen
- 13 Lieferfähigkeit von Thilorbin®
- 13 Wirtschaftlichkeitsziel: Blutzuckerteststreifen

QUALITÄT

- 13 Abnahmeprüfung Sonographie

IT IN DER PRAXIS

- 14 Sichere Anbindung durch KV-SafeNet und KV-Ident Plus
- 14 D2D: Ablösung durch KV-Connect

ALLGEMEINES

- 15 Kodier-Manual „HIV“ veröffentlicht
- 16 Rechenschaftsbericht der KVB
- 19 Leuchtturmprojekte mit der AOK Bayern

SEMINARE

- 19 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 20 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 21 Notfalltraining für das Praxisteam
- 22 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

12. Januar 2015
Abschlagszahlung Dezember 2014

30. Januar 2015
Restzahlung 3/2014

10. Februar 2015
Abschlagszahlung Januar 2015

10. März 2015
Abschlagszahlung Februar 2015

10. April 2015
Abschlagszahlung März 2015

30. April 2015
Restzahlung 4/2014

11. Mai 2015
Abschlagszahlung April 2015

10. Juni 2015
Abschlagszahlung Mai 2015

10. Juli 2015
Abschlagszahlung Juni 2015

31. Juli 2015
Restzahlung 1/2015

10. August 2015
Abschlagszahlung Juli 2015

10. September 2015
Abschlagszahlung August 2015

12. Oktober 2015
Abschlagszahlung September 2015

30. Oktober 2015
Restzahlung 2/2015

10. November 2015
Abschlagszahlung Oktober 2015

10. Dezember 2015
Abschlagszahlung November 2015

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2014

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das vierte Quartal 2014 bis spätestens **Montag, den 12. Januar 2015**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-SafeNet* oder KV-Ident), über D2D oder 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 Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelteilung 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“
Witschelstraße 106
90431 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich

Informationen zum HVM, Stand 1. Januar 2015

notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de unter *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen. Zur besseren Übersicht über die einzureichenden Scheine steht Ihnen das Merkblatt „Besondere Kostenträger“ zur Verfügung. Eine ausführliche Beschreibung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

Sollten Sie ausnahmsweise die Frist nicht einhalten können, haben Sie die Möglichkeit, unter der E-Mail-Adresse Terminverlaengerung@kvb.de oder unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38 mit Begründung eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen.

Wichtig: Eine mögliche Verlängerung der Abgabefrist bezieht sich ausschließlich auf Ihre Abrechnung, nicht auf die elektronische Dokumentation der Qualitätssicherungs- und Zusatzvereinbarungen der KVB.

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen

erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

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

Notarztsätze über emDoc

Eine Besonderheit stellt die Einreichung und Abrechnung von Notarztsätzen 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 „Notarztdienst-Abrechnung“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/Notarztdienst-Abrechnung*.

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

Die wichtigsten Informationen zum HVM finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15*.

Die Vertreterversammlung der KV Bayerns hat am 22. November 2014 beschlossen, den HVM 2014 mit wenigen Änderungen auch für die Zeit ab 1. Januar 2015 fortzuführen. Beibehalten wird damit die seit Anfang 2013 bekannte Obergrenzensystematik aus RLV und QZV mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

Überblick über die wichtigsten Änderungen:

Eine Änderung betrifft den Leistungstopf des „Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser“. Leistungen während der Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden einheitlich für Vertragsärzte und Krankenhäuser zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BÉGO) vergütet. Für Krankenhäuser kann es außerhalb dieser Zeiten, also vor allem zu den Sprechstundenzeiten für Vertragsärzte, zu Quotierungen kommen. Zur Abgrenzung müssen Krankenhäuser den Zeitpunkt der Leistungserbringung nun kennzeichnen.

Neu im HVM ist auch eine Regelung, die automatisch zum Tragen kommt, sobald der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (LA) einen Beschluss über eine eingetretene, eine drohende Unterversorgung oder einen lokalen Versorgungsbedarf

getroffen hat (Paragraf 100 Absatz 1 oder 3 SGB V): Liegt ein solcher Beschluss des LA vor, bleiben RLV-Fälle, die von den betroffenen Ärzten im (drohend) unterversorgten Planungsbereich/Gebiet im aktuellen Quartal erbracht werden, für diese Ärzte bei der Ermittlung ihrer RLV-Fallzahl sowohl bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung als auch bei der Fallwertminderung unberücksichtigt. Für Ärzte, die nicht direkt im Planungsbereich tätig sind, sondern ihren Sitz in einem angrenzenden Planungsbereich haben, gibt es eine entsprechende Antragsmöglichkeit.

Eine weitere Änderung betrifft das Thema „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“. Hier geht es darum, auf einen erstmaligen Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund der ASV zu reagieren, denn nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die MGV um die Leistungen der ASV zu bereinigen. Um die fachärztliche Grundversorgung durch die Bereinigung nicht zu belasten, muss der Bereinigungsbetrag innerhalb der MGV, soweit möglich, dort berücksichtigt werden, wo außerhalb der MGV die Teilnahme an der ASV für eine zusätzliche Vergütung sorgt: fachgruppenspezifisch und arztbezogen. Mit den Änderungen wird nun im HVM eine Grundlage für die fachgruppen- und arztbezogene Bereinigung geschaffen, die sich grundsätzlich auf den RLV-Teil der Obergrenze beschränkt.

Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns – Übersicht (Stand 1. Januar 2015)

Obergrenze aus RLV und QZV

- Bis zur Obergrenze erfolgt eine

Vergütung zu den Preisen der B€GO. Wird die Obergrenze überschritten, wird für diese Überschreitung eine abgesenkte Vergütung bezahlt. Diese sogenannte „Überschreitungsquote“ ist je Fachgruppe unterschiedlich.

- Für die Obergrenze relevant sind auch ab Quartal 1/2015 weiterhin grundsätzlich die aktuellen RLV- beziehungsweise QZV- Fallzahlen.
- Vor Jahresbeginn werden – für alle Quartale gleich – fachgruppenspezifische (kalkulatorische) RLV- und QZV-Fallwerte für das Jahr 2015 im Internet bekanntgegeben. Die RLV-Fallwerte sind dabei im hausärztlichen Versorgungsbereich in fünf Altersklassen beziehungsweise im fachärztlichen Versorgungsbereich in drei Altersklassen unterteilt.
- Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2015 ab 1. Dezember 2014 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Ermittlung der Obergrenze

- Die vor Jahresbeginn bekanntgegebenen RLV- und QZV-Fallwerte können zum Zeitpunkt der Abrechnung abgesenkt werden, falls insbesondere eine entsprechende Fallzahl- beziehungsweise Mengendynamik dies in den einzelnen Fachgruppen notwendig macht. Dabei gilt eine Untergrenze in Höhe von 95 Prozent für die RLV-Fallwerte und 85 Prozent für die QZV-Fallwerte, das heißt, im RLV werden als Mindestfallwert 95 Prozent des kalkulatorischen RLV-Fallwerts am Quartalsende zugrunde gelegt, im QZV gilt ein Mindestfallwert von 85 Prozent des kalkulatorischen QZV-Fallwerts.

- Die Obergrenze ergibt sich aus der Multiplikation dieser Fallwerte mit den aktuellen Fallzahlen und wird nach Eingang der Abrechnung ermittelt. Das Ergebnis der Honorarermittlung sowie Details zu Obergrenze und Überschreitung der Obergrenze können dann den Honorarunterlagen entnommen werden.
- Beibehalten werden auch die Regelungen der Fallwertminderung, der Verrechenbarkeit zwischen RLV und QZV, der Verrechnungsmöglichkeiten innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) sowie die BAG-Zuschlagsregelung.

Fallzahlzuwachsbeschränkung

Weiterhin gilt auch die zum 1. Januar 2013 eingeführte Fallzahlzuwachsbeschränkung im RLV: Steigen in einer Fachgruppe die RLV-Fallzahlen insgesamt um mehr als drei Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal, gelten für Ärzte dieser Fachgruppe, die selbst eine entsprechende Fallzahlsteigerung haben, nicht die aktuellen Fallzahlen, sondern die jeweiligen Vorjahresfallzahlen plus drei Prozent. Sonderregelungen gibt es bei bestehenden Selektivverträgen, die eine Vollversorgung zum Inhalt haben (Stichwort Hausarztzentrierte Versorgung) beziehungsweise bei (drohender) Unterversorgung/ bei einem festgestellten lokalen Versorgungsbedarf (Paragraf 100 Absatz 1 oder 3 SGB V). Nähere Informationen finden Sie in unserer aktualisierten Online-Fassung der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2015“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15*.

Anträge zur Anpassung der Obergrenze beziehungsweise auf Honorarausgleich

Weiterhin besteht die Möglichkeit, einen Antrag zur Anpassung der Obergrenze zu stellen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Fallzahlanträgen (nur noch in Fällen einer erfolgten Fallzahlzuwachsbeschränkung) und Fallwertanträgen aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs. Hier wird für die Zeit ab 1. Januar 2015 die bereits bekannte Systematik unverändert beibehalten.

Fortgeführt wird auch die Honorarausgleichsregelung des Jahres 2014. Eine Ausgleichszahlung kann erfolgen:

- Wenn der Auszahlungspreis um mindestens **15 Prozent** niedriger ist als im korrespondierenden Quartal des Jahres 2012.
- Die Ausgleichsregelung erfolgt nur **auf Antrag**.
- Eine Ausgleichszahlung ist jedoch ausgeschlossen, wenn im Vergleich zum korrespondierenden Quartal des Jahres 2012 eine **Honorarsteigerung** vorliegt.

Für beide Regelungen (Anpassung der Obergrenze beziehungsweise Ausgleichsregelung) ist jeweils ein Antrag erforderlich. Weitere Informationen zur Antragsstellung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15/Anträge Obergrenze*.

Weitere Honorarbestandteile

Das Honorar aus der Obergrenze (und Überschreitung) stellt nicht das gesamte Honorar der Praxis dar. Weitere Honorarbestandteile sind:

- Leistungen, die nach HVM als „freie Leistungen“ gegebenenfalls je Fachgruppe unterschied-

lich ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der BÉGO vergütet werden.

- Leistungen, die zwar grundsätzlich als freie Leistungen vergütet werden sollen. Je nach Abrechnungsverhalten in der Fachgruppe kann es bei diesen Leistungen aber zu einer Quotierung kommen („Topf im Topf-Leistungen“).
- Leistungen aus weiteren Leistungsbereichen, für die jeweils gesonderte (Quotierungs-) Regelungen gelten (zum Beispiel Laborleistungen, Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst, Leistungen der Pathologie, der Humangenetik sowie Kostenpauschalen des Kapitels 40, Vergütung aufgrund der „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung“ (PFG), Leistungsfonds für psychotherapeutische Leistungen soweit diese nicht außerhalb der MGV vergütet werden, Leistungsfonds für ermächtigte Ärzte).
- Leistungen, die von den Krankenkassen als Einzelleistungen zu den Preisen der BÉGO vergütet werden.

HVM-Text und Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

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

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zu beachten. Diese sind im Internet veröffentlicht. Sie finden die KBV-Vorgaben unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen

sowie die entsprechenden Änderungsbeschlüsse des KBV-Vorstands. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Sie finden einen Link auf die KBV-Vorgaben auch im Anschluss an die HVM-Textfassung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe „H“/Honorarverteilungsmaßstab*. Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf den oben genannten Link verwehren, können Sie die KBV-Vorgaben auch per E-Mail an info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 kostenlos bei uns anfordern.

Kalkulatorische Fallwerte 2015 und Honorar- und Ergänzungsbroschüre

Sie finden die kalkulatorischen Fallwerte 2015 ab 1. Dezember 2014 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.15*. Dort finden Sie auch aktualisierte Online-Fassungen der Honorarbrochüre „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2015“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV ab 1. Januar 2015“.

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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2015

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335., 339. und 340. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschlossen. Ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2015 wurde von den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte Änderungen im Kapitel 40 (Kostenauspauschalen) beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese bis einschließlich Seite 11 vor.

Die Beschlüsse mit den Änderungen im Detail wurden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse) veröffentlicht.

Allgemeines zu den Änderungen des EBM

Bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO) ab 1. Januar 2015

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

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regionalen Punktwert ergibt sich die Bayerische Gebührenordnung mit Europreisen. Für das Jahr 2015 konnte zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch kein bayerischer Punktwert vereinbart werden. Aus diesem Grund werden die Europreise der B€GO vorläufig mit dem auf Bundesebene festgelegten Orientierungswert in Höhe von 10,2718 Cent berechnet. Die Veröffentlichung der B€GO sowie die in den nachfolgenden Beiträgen zu den EBM-Änderungen zum 1. Januar 2015 ausgewiesenen B€GO-Preise stehen deshalb noch unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen, sowie der Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern.

Veröffentlichung der B€GO im Internet

Die neue B€GO stellen wir Ihnen ausschließlich auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM* zur Verfügung. Hier haben Sie die Wahl zwischen der B€GO als GOP-Übersicht mit bayerischen Euro-Preisen im PDF-Format (öffentlicher Be-

reich) oder dem elektronischen B€GO-Informationssystem als Online- oder Download-Version (geschlossener Mitgliederbereich).

Eine Versendung der B€GO auf CD-ROM mit dem Mitgliedermagazin erfolgt seit Oktober 2013 nicht mehr, nachdem sich bei vorhergehenden Versandaktionen immer wieder gezeigt hat, dass kurzfristig auf Bundesebene noch beschlossene Änderungen zur Gebührenordnung von uns beim Druck der CDs nicht mehr berücksichtigt werden konnten und so die Aktualität der ausgelieferten Euro-Gebührenordnungen nicht gewährleistet war.

Sofern Sie keinen Internetzugang besitzen oder Ihnen technische Probleme den Zugriff auf die von uns im Internet bereitgestellten Informationen verwehren, können Sie die B€GO auf CD natürlich auch per E-Mail unter info@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 57 09 34 00 – 10 kostenlos bei uns anfordern.

Änderungen des EBM im Bereich Hausärzte

Beschluss aus der 339. Sitzung des Bewertungsausschusses, Teil A und B

Neue hausärztliche Gebührenordnungspositionen für nicht-ärztliche Praxisangestellte

Im hausärztlichen Bereich wird der Einsatz von besonders qualifizierten, nicht-ärztlichen Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Gebieten gefördert. Hausarztpraxen mit besonders qualifizierten, nicht-ärztlichen Praxisangestellten erhalten einen festen Zuschlag zur Vorhaltepauschale, um die Kosten für Ausbildung, Ausstattung, Gehälter etc. zu decken. Gleichzeitig wird der Hausbesuch durch diese Angestellten besser vergütet.

Generell ist bei der Abrechnung der neuen GOPen Folgendes zu beachten

- Diese können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung
 - der berufsrechtlichen Bestimmungen,
 - der Anlage 8 zu Paragraph 15 Absatz 1 BMV-Ä und
 - der Voraussetzungen der Präambel 3.2.1.2 EBM berechnet werden, sofern diese Leistungen von entsprechend qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten erbracht werden.
- Die vom nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen beziehungsweise durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
- Eine Genehmigung durch die KVB auf Basis der Delegationsvereinbarung und eine Mindestzahl von Behandlungsfällen sind erforderlich.

Neu: GOP 03060 – Zuschlag zur GOP 03040 für die Anstellung einer qualifizierten, nicht-ärztlichen Praxisassistentin gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä

EBM-Bewertung 22 Punkte
Preis B€GO¹⁾ 2,26 Euro

Wird von der KVB zugesetzt:

- nur in Behandlungsfällen, in denen die Vorhaltepauschale vergütet wird
- Vergütung des Zuschlags erfolgt bis maximal 12.851 Punkte (1.320 Euro) im Quartal

Verringerung des Höchstwerts um jeweils 22 Punkte je Behandlungsfall aus HzV-Verträgen nach Paragraph 73b SGB V und/oder Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung. Für die Fallzählung werden die HzV-Behandlungsfälle herangezogen, die von Ihnen in der Abrechnung mit der Kennnummer 88192 gekennzeichnet wurden.

Beispiel: Praxis hat 1.000 für die Fallzählung relevante Behandlungsfälle, davon 800 GKV-Fälle und 200 HzV-Fälle

1.000 Behandlungsfälle x 22 Punkte = 22.000 Punkte (Höchstwert: 12.851 Punkte)

12.851 Punkte – 4.400 Punkte (200 HzV-Fälle x 22 Punkte) = 8.451 Punkte

- Übergangsregelung: Zuschlag wird bereits ab Beginn der Ausbildung des Mitarbeiters zum nicht-ärztlichen Praxisassistenten gewährt. Die Ausbildung muss bis zum 30. Juni 2016 abgeschlossen sein.

Neu: GOP 03062 – Gebührenordnungsposition einschließlich Wegkosten – entfernungsunabhängig – für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach Paragraph 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des Paragraphen 3 Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte vorliegen

EBM-Bewertung 166 Punkte
Preis B€GO¹⁾ 17,05 Euro

- in begründetem Einzelfall neben den Besuchen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413 berechnungsfähig (Feldkennung 5009)

Neu: GOP 03063 – Gebührenordnungsposition einschließlich Wegkosten – entfernungsunabhängig – für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach Paragraph 28 Absatz 1 Satz 2 SGB, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten im Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der GOP 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des Paragraph 3 Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

EBM-Bewertung 122 Punkte
Preis B€GO¹⁾ 12,53 Euro

- in begründetem Einzelfall neben den Besuchen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 berechnungsfähig (Feldkennung 5009)

¹⁾ Die ausgewiesenen B€GO-Preise stehen unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamtes

Änderungen des EBM im Bereich Kinder- und Jugendärzte

Für die Abrechnung der GOPen 03062 und 03063 ist Folgendes zu beachten:

- einmal je Sitzung berechnungsfähig
- daneben können in der gleichen Sitzung nur Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2) und der hausärztliche postoperative Behandlungskomplex nach GOP 31600 abgerechnet werden
- nur in Fällen berechnungsfähig, in denen eine Versichertenpauschale abgerechnet wurde
- am Behandlungstag neben den GOPen 40240 und 40260 nicht berechnungsfähig
- GOPen 03062 und 03063 in derselben Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig

Streichung der Kostenpauschalen 40870 und 40872

Mit Einführung der neuen Leistungen für die Vergütung der nicht-ärztlichen Praxisassistenten werden die in die Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 überführten Kostenpauschalen 40870 und 40872 aus dem Abschnitt 40.18 gestrichen.

Gespräche nach GOPen 03230 und 04230: Aufhebung der Einschränkung auf lebensverändernde Erkrankungen

Das problemorientierte ärztliche Gespräch (GOP 03230 beziehungsweise 04230) war bislang nur im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung berechnungsfähig. Diese Einschränkung wurde nun aufgehoben. Die Leistungslegenden der GOPen 03230 und 04230 werden in „Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“ geändert.

Beschluss aus der 340. Sitzung des Bewertungsausschusses

Sozialpädiatrische Versorgung

- Neuaufnahme der GOP 04356 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung in Abschnitt 4.2.4 des EBM

Neu: GOP 04356 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung

EBM-Bewertung	195 Punkte
Preis B€GO ¹⁾	20,03 Euro

- nur nach Durchführung einer sozialpädiatrisch orientierten eingehenden Beratung, Erörterung und/oder Abklärung nach GOP 04355 berechnungsfähig (aber kein unmittelbarer Zusammenhang erforderlich, kann also auch als „alleinige“ Leistung erbracht und abgerechnet werden)
- maximal zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in derselben Sitzung neben den Notfallpauschalen (GOPen 01210, 01214, 01216, 01218) und den GOP der Abschnitte 30.3 (Neurophysiologische Übungsbehandlung), 30.11 (Neurophysiologische Therapie), 35.1 und 35.2 (Psychotherapie) nicht berechnungsfähig
- neben diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen 15 Minuten längere Kontaktzeit notwendig
- mindestens eine der in der Anmerkung zur GOP 04356 genannten Erkrankungen (ICD-Angabe) muss vorliegen
- Genehmigung erforderlich (hierüber wird gesondert informiert)

Geändert: GOP 04355 – Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der neuen Leistung wird das Behandlungsspektrum der GOP 04355 für die orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung erweitert. Die berechnungsfähigen Diagnosen werden um T73 (Schäden durch sonstigen Mangel) und T74 (Missbrauch von Personen) ergänzt und der fakultative Leistungsinhalt entsprechend angepasst.

Änderungen des EBM im Bereich Fachärzte

Beschluss aus der 339. Sitzung des Bewertungsausschusses, Teil C

Neu: PFG auch für Internisten mit Schwerpunkt berechnungsfähig

Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) kann als Zuschlag zur jeweiligen Grundpauschale jetzt auch von Internisten mit Schwerpunkten in Grundversorgerfällen berechnet werden. Die folgenden Gebührenordnungspositionen werden neu in die jeweiligen Abschnitte der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des EBM aufgenommen:

GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro ¹⁾
13294	Angiologie	41	4,21
13344	Endokrinologie	41	4,21
13394	Gastroenterologie	41	4,21
13494	Hämato-/Onkologie	41	4,21
13543	Kardiologie	41	4,21
13594	Nephrologie	41	4,21
13644	Pneumologie	41	4,21
13694	Rheumatologie	41	4,21

Werden von der KVB zugesetzt.

Die PFG und der jeweilige Zuschlag zur PFG werden von der KVB in Behandlungsfällen zugesetzt, in denen ausschließlich die schwerpunktinternistischen Grundpauschalen (gegebenenfalls einschließlich Wirtschaftlichkeitsbonus) abgerechnet wurden.

Neu: Eigene PFG für Nervenärzte

Der bisherige Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung nach GOP 21218 wird zum Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung. Zur Abbildung des Zuschlags für die nervenheilkundliche Grundversorgung wird GOP 21225 neu in den Abschnitt 21.2 aufgenommen.

GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro ¹⁾
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung zu den GOPen 21210 bis 21212	44	4,52
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung zu den GOPen 21213 bis 21215	39	4,01

Werden von der KVB zugesetzt.

Die Pauschale für die neurologische Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 16215 wird um einen Punkt auf 39 Punkte abgesenkt.

1) Die ausgewiesenen BEGO-Preise stehen unter dem Vorbehalt des Vertragsabschlusses zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder einer Entscheidung des Landesschiedsamtes

Neu: Zuschläge zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

- Zuschlag zu den arztgruppenspezifischen Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung, also nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine PFG vergütet wird
- Einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Übersicht der neuen Gebührenordnungspositionen (werden von der KVB zugesetzt)			
GOP	Abrechnungsgebiet	Bewertung	
		Punkte	Euro ¹⁾
05222	Anästhesiologie	20	2,05
06222	Augenheilkunde	6	0,62
07222	Chirurgie	9	0,92
08222	Gynäkologie	6	0,62
09222 20222	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	7	0,72
10222	Dermatologie	5	0,51
13222	Innere Medizin (FA ohne Schwerpunkt)	11	1,13
13296	Angiologie	11	1,13
13346	Endokrinologie	11	1,13
13396	Gastroenterologie	11	1,13
13496	Hämato-/Onkologie	11	1,13
13544	Kardiologie	11	1,13
13596	Nephrologie	11	1,13
13646	Pneumologie	11	1,13
13696	Rheumatologie	11	1,13
14216	Kinder- und Jugendpsychiatrie	23	2,36
16217	Neurologie	10	1,03
18222	Orthopädie	8	0,82
21219	Psychiatrie	12	1,23
21226	Nervenheilkunde	10	1,03
21226	Nervenheilkunde	10	1,03
22218 23218	Psychosomatik und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	44	4,52
26222	Urologie	9	0,92
27222	Physikalische und Rehabilitative Medizin	17	1,75

Anhang 3 EBM

Geändert: Ausschlussleistungen für die PFG – kein Ausschluss der PFG durch Laborpauschale 01701

Die Berechnung der Laborpauschale 01701 (wird von KVB zugesetzt) führt nicht mehr zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Im Zuge dieser Änderung werden die folgenden Gebührenordnungspositionen neu als Ausschlussleistungen für die PFG definiert (Kennzeichnung mit „*“ in Anhang 3 des EBM):

- Mutterschaftsvorsorge:
 - 01783 (AFP-Bestimmung)
 - 01792 (Ausführliche human-genetische Beurteilung)
 - 01816 (Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin)
- Empfängnisregelung:
 - 01833 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis)
 - 01840 (Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin)

Eine Übersicht aller Ausschlussleistungen zur PFG finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO-EBM/EBM-Reform*.

Absenkung des Zuschlags für die gynäkologische Grundversorgung

Durch die Aufhebung des PFG-Ausschlusses bei Ansatz der GOP 01701 wurde eine Neubewertung des Zuschlags für die gynäkologische Grundversorgung notwendig. Die Gebührenordnungsposition 08220 wird um 6 Punkte auf 24 Punkte abgesenkt.

Beschlüsse aus der 339. Sitzung des Bewertungsausschusses

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 01783, 01792, 01816, 01833 und 01840 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet.

Weitere Änderungen zum 1. Januar 2015

Keine Einschränkung auf Kern des Fachgebiets bei der Abrechnung von Laborleistungen ab

1. Januar 2015 (*Änderung des Paragraphen 25 Absatz 2 Nummer 1 Satz 2 und Absatz 4a Satz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie Anpassungen der Protokollnotiz Nummer 4 und 7 zu Paragraph 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte.*)

Zum 1. Januar 2015 sollte die bundesmantelvertragliche Regelung in Kraft treten, dass Laborleistungen des Kapitels 32 und entsprechende Leistungen des Abschnitts 1.7 (Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch) nur noch an Vertragsärzten überwiesen werden können, bei denen diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebiets gehören.

Diese einschränkende Regelung kommt vorerst nicht. Ihr Inkrafttreten wurde nochmals um ein Jahr auf den 1. Januar 2016 verschoben. Bis dahin soll die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen hinsichtlich der Vorgaben für die Erbringung von Laborleistungen überarbeitet werden. In diesem Zusammenhang soll dann auch über eine Anpassung der vorgenannten bundesmantelvertraglichen Regelung beraten werden. Den Bundesmantelvertrag-Ärzte einschließlich der Protokollnotizen finden Sie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Rechtsquellen/Verträge/Bundesmantelvertrag.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

Pharmazeutische Unternehmen müssen bei der Markteinführung eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff oder bei einer Indikationserweiterung in einem Dossier unter anderem den medizinischen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) belegen. Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Cholsäure (Orphacol[®]) – Zusatznutzen ist nicht quantifizierbar. Orphacol[®] ist als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug) zugelassen.
- Dapagliflozin/Metformin (Xigduo[®]) – Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dimethylfumarat (Tecfidera[®]) – Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dolutegravir (Tivicay[®]) – antiretrovirale Infektion mit HIV:
 - therapienaive Erwachsene: Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen.
 - therapienaive Jugendliche ab 12 Jahre: Zusatznutzen ist nicht belegt.
 - therapieerfahrene Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Integrase-Inhibitor die erste Therapieoption darstellt: Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen
 - therapieerfahrene Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Integrase-Inhibitor eine nachrangige Therapieoption darstellt, sowie therapieerfahrene Jugendliche ab 12 Jahre: Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Perampanel (Fycompa[®]) – Zusatznutzen ist nicht belegt. Das Arzneimittel wurde mittlerweile vom deutschen Markt genommen.

Hintergrundinformationen hierzu finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Rückforderungsanträge der Krankenkassen

Wir haben für Sie eine Übersicht zu Präparaten zusammengestellt, bei denen von den Krankenkassen Rückforderungsanträge gestellt werden. Sie finden die aktuelle Auflistung der entsprechenden Arzneimittel unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen*.

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

Lieferfähigkeit von Thilorbin®

Wie uns die Firma OmniVision GmbH mitgeteilt hat, ist das Präparat Thilorbin® mit der Pharmazentralnummer 09535056 seit Anfang November 2014 wieder in Deutschland verfügbar. Bitte verordnen Sie deshalb bei Bedarf ab sofort wieder das Präparat Thilorbin®.

Die Absprache mit der AOK Bayern, dass ausnahmsweise der Import des Schweizer Produkts Fluoreszein Oxybuprocain SDU faure 20 EDOs zu 0,4 ml über Sprechstundenbedarf verordnet werden kann, ist somit hinfällig.

Bitte beachten Sie, dass Thilorbin® ab sofort im Kühlschrank (2°C bis 8°C) gelagert werden muss.

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

Wirtschaftlichkeitsziel: Blutzuckerteststreifen

Um Sie bei der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsziels „preisgünstige Blutzuckerteststreifen (...) insbesondere bei Erstverordnung und bei Umstellung auf ein anderes Messgerät“ effizient unterstützen zu können, haben wir für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen* eine Liste mit preisgünstigen Blutzuckerteststreifen zusammengestellt.

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

Abnahmeprüfung Sonographie

Die Ultraschallvereinbarung vom 1. April 2009 legt fest, dass die KVB alle zu diesem Zeitpunkt bereits in Betrieb befindlichen Ultraschallsysteme auf die Erfüllung der technischen Mindestanforderungen hin zu überprüfen hat. Dabei handelt es sich um eine einmalige Prüfmaßnahme mit dem Anliegen, sehr alte, nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechende Ultraschallgeräte durch neue zu ersetzen.

Gemäß dieser bundesweiten Regelung muss die KVB bis spätestens 31. März 2015 die Überprüfung der aktuellen Gewährleistungserklärungen für alle verwendeten Ultraschallsysteme sowie jeweils einer Bilddokumentation je Schallkopf abgeschlossen haben.

Gleichzeitig sind die Mitglieder der KVB verpflichtet, die entsprechenden Nachweise zu erbringen und bei der KVB vorzulegen. Die KVB hat alle betroffenen Mitglieder bereits mit der Bitte um Vorlage der entsprechenden Unterlagen angeschrieben.

Bitte reichen Sie die noch fehlenden Unterlagen möglichst bald ein. Bei Fragen hilft Ihnen unser „Service-Team Sonographie“ gerne weiter.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 05 00
 E-Mail Sono-GWE@kvb.de

Sichere Anbindung durch KV-SafeNet* und KV-Ident Plus

Am 1. November 2014 ist unser KV-SafeNet-Förderprogramm gestartet, mit dem wir die Nutzung eines KV-SafeNet-Anschlusses mit bis zu 1.000 Euro unterstützen (siehe unser Bericht in KVB FORUM, Ausgabe 10/2014, Seite 24). Zudem bereiten wir derzeit die neue Anbindungsvariante KV-Ident Plus vor, die Ihnen in Kürze zur Verfügung stehen wird (siehe hierzu unser Bericht in KVB FORUM, Ausgabe 11/2014, Seite 25). Somit haben Sie für die Online-Kommunikation in Bayern in Zukunft die Wahl zwischen zwei Anbindungsvarianten.

Wenn für Sie die Variante KV-SafeNet infrage kommt, haben Sie noch bis zum 31. März 2015 die Möglichkeit, einen Antrag auf Förderung zu stellen und bei einem Nachweis des KV-SafeNet-Anschlusses in den Genuss der Förderung zu kommen. Sinnvoll ist KV-SafeNet vor allem dann, wenn Ihr komplettes Praxisnetzwerk angebunden werden soll und Sie die Absicherung Ihrer Praxis nicht selbst übernehmen können oder wollen. Aber auch wenn die Online-Verbindung dauerhaft und gegebenenfalls sogar von mehreren Mitarbeitern genutzt werden soll, ist diese Anbindungsvariante zu empfehlen. Um einen für Sie passenden KV-SafeNet-Anbieter zu finden, lohnt es sich, mehrere Angebote zu vergleichen, weil diese teilweise sehr stark im Preis variieren.

Falls Sie die Online-Dienste der KVB von zu Hause aus und von unterwegs nutzen möchten, oder wenn Sie die Online-Kommunikation nur sporadisch nutzen (zum Beispiel nur für die Online-Abrechnung) und Sie den Schutz der EDV selbst übernehmen wollen, können Sie sich alternativ auch für die Vari-

ante KV-Ident Plus entscheiden. KV-Ident Plus ist der flexible, einfach handhabbare, kostenfreie und noch sicherere Nachfolger von KV-Ident. Diese neue Anbindungsvariante setzt bei der Anmeldung zusätzlich zur KVB-Benutzerkennung einen Security-Token ein. Die Daten werden über eine softwarebasierte Tunnelverbindung übermittelt. Über die Bestellmöglichkeit von KV-Ident Plus werden wir Sie selbstverständlich rechtzeitig informieren.

Hinweis: Die beiden Anbindungsvarianten KV-SafeNet und KV-Ident Plus schließen sich nicht aus und können auch parallel genutzt werden, beispielsweise KV-SafeNet in Ihrer Praxis und KV-Ident Plus zu Hause.

Weitere Informationen zu KV-SafeNet und der Förderung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-SafeNet*. Weitere Informationen zu KV-Ident Plus haben wir Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Ident Plus* zusammengestellt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

D2D: Ablösung durch KV-Connect

Die KV Telematik GmbH hat uns darüber informiert, dass die seit dem Jahr 2001 existierende D2D-Technologie bis Februar 2016 auf den neuen Kommunikationskanal KV-Connect überführt werden soll. Die KV Telematik GmbH ist als Tochtergesellschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Entwicklung von Spezifikationen für Telematik-Anwendungen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zuständig.

Da das mittlerweile 15 Jahre alte D2D technologisch nicht mehr auf dem aktuellen Stand ist, folgt als logische Konsequenz ein Anschluss an KV-Connect: Alle D2D-Anwendungen werden bis Februar 2016 nach KV-Connect migriert. Die Online-Abrechnung über KV-Connect (1-Click-Abrechnung genannt) steht heute schon zur Verfügung, der eArztbrief wird bis Mitte 2015 folgen. Die weiteren bekannten D2D-Anwendungen sind in Bayern DALE-UV, HKS- und Dialysedokumentation und sollen ebenfalls im nächsten Jahr migriert werden. Die Umstellung erfolgt durch die KV Telematik GmbH.

Ähnlich wie D2D ermöglicht KV-Connect direkt aus dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem heraus den sicheren Datenaustausch zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, KVen und weiteren medizinischen Partnern. Hierfür setzt KV-Connect auf dem hoch sicheren Zugangsweg KV-SafeNet auf. Bislang war über D2D zum Teil auch der Zugang über eine Direktwahl per ISDN-Anschluss möglich. Diese veraltete Technologie wird über KV-Connect nicht mehr unterstützt.

Die KVB ist aktuell dabei, einen weiteren sicheren Zugangsweg als

Kodier-Manual „HIV“ veröffentlicht

Alternative zu KV-SafeNet umzusetzen. KV-Ident Plus wird den Zugang zum Sicherem Netz der KVen über einen Security-Token ermöglichen. Ob dieser Zugangsweg auch für KV-Connect Anwendungen eingesetzt werden kann, wird mit dem Bayerischen Landesdatenschutzbeauftragten geklärt. Sobald eine Entscheidung erfolgt ist, werden Sie hierüber zeitnah informiert. KV-Ident Plus soll ab 2015 ausschließlich für Mitglieder der KVB zur Verfügung stehen. Weitere Informationen hierzu werden wir zum Jahresanfang auf unserer Webseite und in KVB FORUM sowie den KVB INFOS veröffentlichen.

Auch über die weiteren Fortschritte im Rahmen der D2D-Umstellung werden wir Sie selbstverständlich auf dem Laufenden halten. Aktuelle Informationen finden Sie auch im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/D2D* sowie in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/KV-Connect*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51
E-Mail IT-Beratung@kvb.de

Die Entwicklung von Kodier-Manualen ist Teil eines Maßnahmenpakets des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) mit dem Ziel, die Kodier- und Datenqualität weiter zu unterstützen und letztlich die Darstellung der Morbidität zu verbessern.

Was ist ein Kodier-Manual?

Dabei handelt es sich um eine Zusammenstellung von ICD-Codes mit weiteren hilfreichen und knapp gefassten Informationen zu einem bestimmten Krankheitsbild. Der Anstoß hierzu kam von niedergelassenen Ärzten und Mitgliedern der Arbeitsgruppen im Projekt Zi-Kodierhilfe. Das Manual berücksichtigt auch Erfahrungen mit den Haus- und Facharzt-Thesauren. Es bietet nicht nur die Kriterien für die Kodierung, sondern auch eine übersichtliche Darstellung von Kodierzusammenhängen.

An wen richtet sich das erste Kodier-Manual „HIV“?

Kodier-Manuale eignen sich für komplexere Fragestellungen, die nicht täglich vorliegen oder mangels Wissen falsch beziehungsweise nicht in ausreichender Tiefe kodiert werden. Das erste Kodier-Manual widmet sich der Kodierung von Erkrankungen im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion beziehungsweise einer AIDS-Erkrankung. Es richtet sich vorrangig an HIV-Schwerpunktpraxen, Hausärzte, Gynäkologen, Dermatologen, Proktologen, Gastroenterologen und Internisten. Grundsätzlich sind alle Fachgruppen angesprochen – auch die Vertragsarztpraxen, die eher selten eine HIV-Infektion zu kodieren haben. In diesem Fall ist die Auswahl des sachgerechten ICD-10-Codes

erleichtert. Das Kodier-Manual „HIV“ finden Sie als Download unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Erstellung-Abgabe-Korrektur/ICD-10*.

Weitere Kodier-Manuale

Zug um Zug sollen weitere Manuale für RSA-relevante Krankheiten erarbeitet werden. Vorgesehen sind kleine, übersichtliche Kodier-Manuale, in denen die Verschlüsselung spezifischer und komplexer Krankheitsbilder, beispielsweise in Form von Flussdiagrammen (Flow-Charts) visualisiert wird.

Bei Fragen erreichen Sie unseren Experten Stefan Schlosser unter
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 03
E-Mail Stefan.Schlosser@kvb.de

Rechenschaftsbericht der KVB

Über die im Geschäftsjahr 2013 verwendeten Mittel gibt der Rechenschaftsbericht der KVB nach Paragraph 78 Absatz 3 in Verbindung mit Paragraph 305b SGB V Auskunft.

Die KVB hat das Geschäftsjahr 2013 mit einem Jahresgewinn von 11,9 Millionen Euro und einer Bilanzsumme von 1,93 Milliarden Euro abgeschlossen.

Die Aufwendungen der KVB betragen 2013 insgesamt 165,7 Millionen Euro. Darin enthalten sind Aufwendungen für Personal in Höhe von

99,8 Millionen Euro. Im Rechnungsjahr 2013 waren 1.656 Mitarbeiter bei der KVB beschäftigt.

Bei den Erträgen von insgesamt 177,6 Millionen Euro entfallen 134,9 Millionen Euro auf die Verwaltungskostenumlage. Dies entspricht einem Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent der verwaltungskostenpflichtigen Honorare. An Kapitalerträgen konnten 20,1 Millionen erzielt werden.

Die Gesamtjahresrechnung der KVB für 2013 umfasst die Buchungskreise:

- 0063 – 0071 KVB allgemein
- 0075 Betrieb gewerblicher Art – IT
- 0085 Sonderaufgaben der KVB
- 1005 Casino der KVB
- 3000 Verträge außerhalb Gesamtvertrag (früher „DLV“)
- 3100 AMBO/APTI („Abrechnung Psychotherapeutischer Institute“)

Im Geschäftsjahr 2013 wurden Investitionen in Höhe von 8,5 Millionen Euro getätigt. Die KVB erhielt 2013 insgesamt 10.921,50 Euro an Sponsoringbeträgen.

Das Jahresergebnis gliedert sich wie folgt:

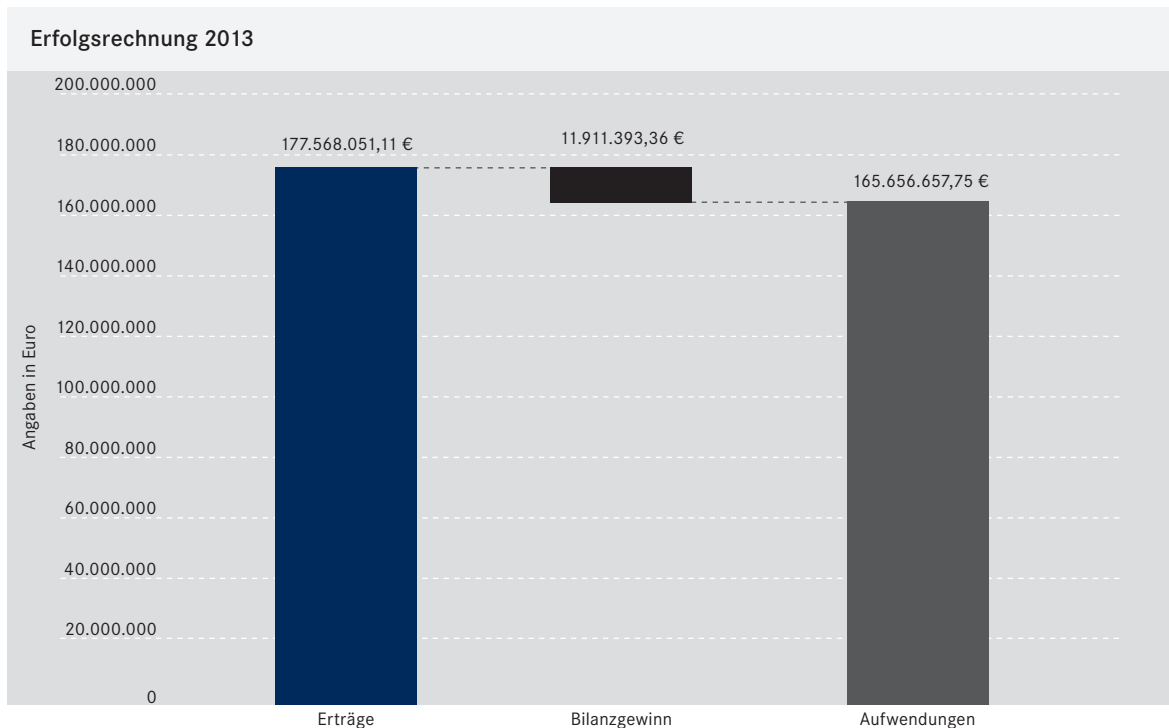


Abbildung 1

Aufwendungen nach Kontengruppen

- Haushaltsreste
- Sonstiger Aufwand
- Vermögensaufwand
- Organisatorische Aufgaben
- Abschreibungen
- Sachaufwand
- Aufwand für die Selbstverwaltung und gemeinsame Selbstverwaltung
- Personalaufwand

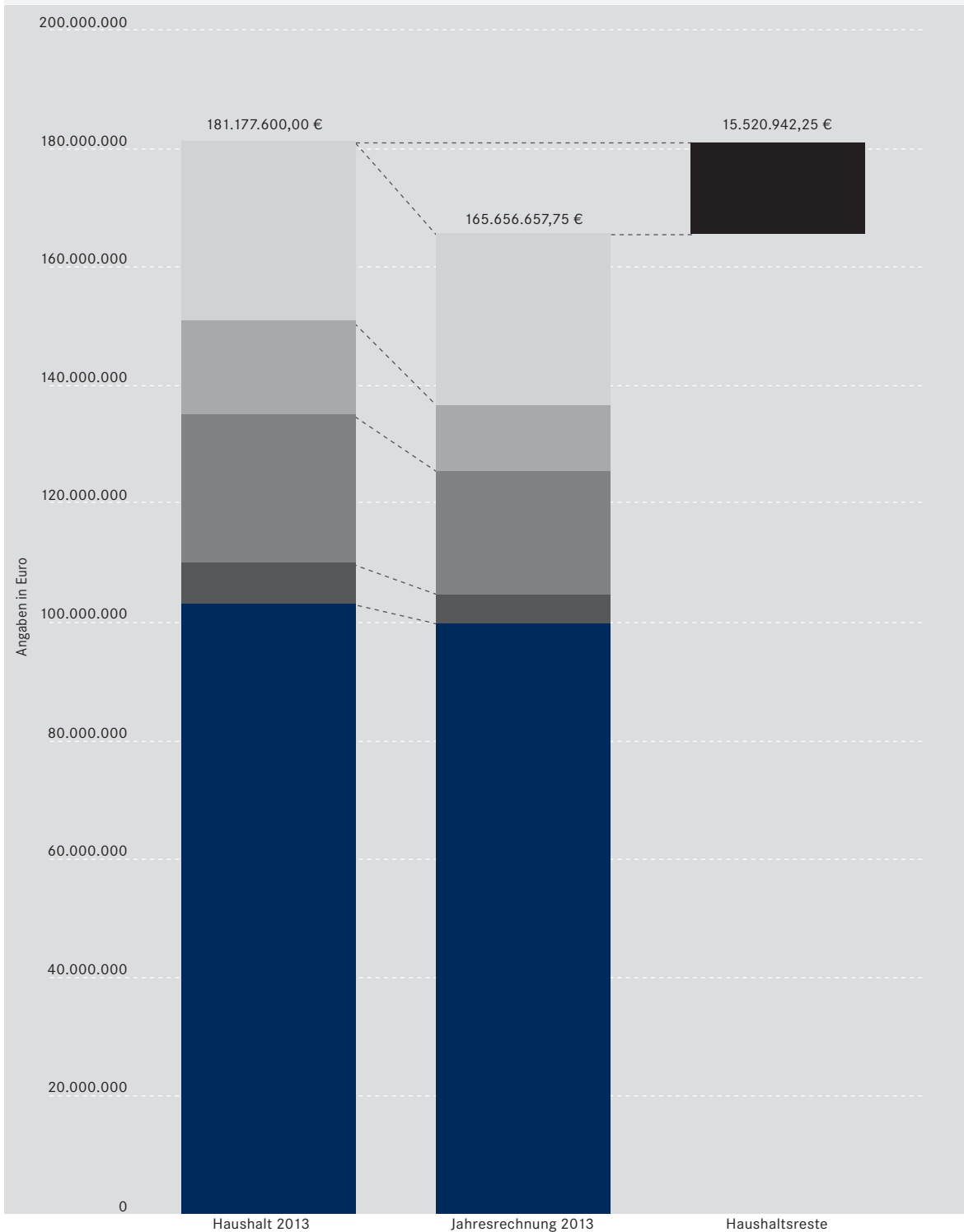


Abbildung 2

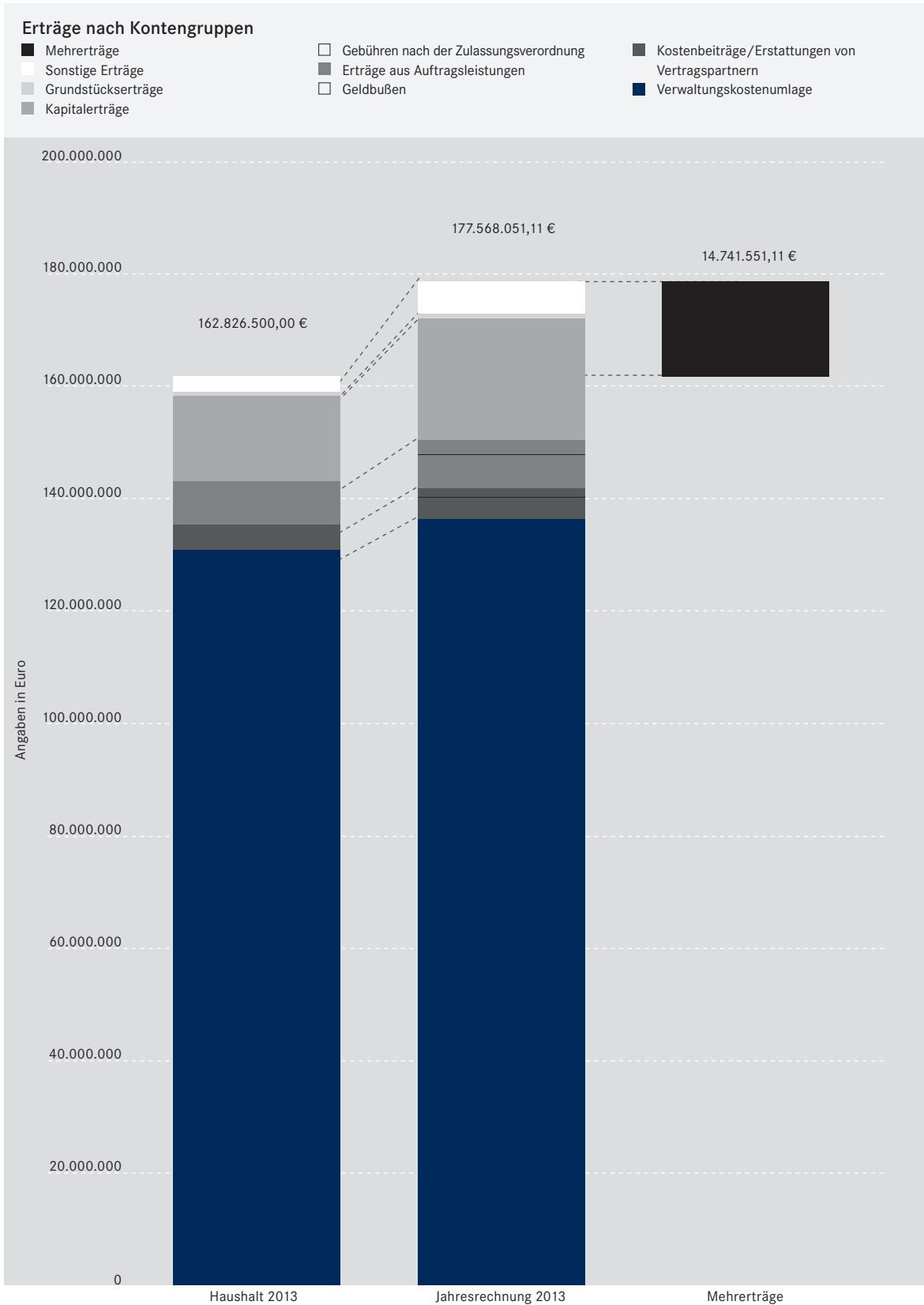


Abbildung 3

Leuchtturmprojekte mit der AOK Bayern

Die KVB und die AOK Bayern haben sich darauf verständigt, die folgenden gemeinsamen Leuchtturmprojekte in der ambulanten Versorgung zunächst bis zum 31. Dezember 2015 unverändert fortzuführen:

- Hygiene in der Endoskopie
- Kinder kranker Eltern
- Psychotherapie im Alter
- Risikoprävention bei Kinderwunsch
- Sehstörungen im Kindesalter
- Strahlentherapie

Weitere Informationen zu den regionalen Vereinbarungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/bestehende Zusatzvereinbarungen*.

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

Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch

Forderndes, aggressives und sogar gewalttätiges Verhalten gegenüber Ärzten kommt leider häufiger vor als gemeinhin angenommen. Gerade bei Hausbesuchen, zum Beispiel im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, kommt es immer wieder zu schwierigen Situationen. Während Rettungsdienst und Polizei im Team agieren, sind Ärzte möglichen Eskalationen meist alleine und unvorbereitet ausgesetzt.

Stellen Sie sich auf potenziell gefährliche Situationen ein und lernen Sie, diese bereits im Vorfeld zu erkennen und zu vermeiden. Üben Sie, deeskalierend zu kommunizieren und trainieren Sie realistische Eigenschutztechniken.

Themenschwerpunkte:

- Prävention, Risikominimierung
- rechtliche Grundlagen
- Aufnahme und Analyse von auffälligem Verhalten
- verbale Deeskalation
- Eigenschutztechniken – einfach anzuwenden
- praktische Übungen (bitte entsprechende Kleidung berücksichtigen)

Fortbildungspunkte: 4
 Teilnahmegebühr: 40 Euro

Termine:

31. Januar 2015, KVB München
 9.00 bis 12.45 Uhr

31. Januar 2015, KVB München
 13.30 bis 17.00 Uhr

25. Februar 2015, KVB Augsburg
 17.00 bis 20.30 Uhr

13. Mai 2015, KVB Nürnberg
 17.00 bis 20.30 Uhr

1. Juli 2015, KVB Regensburg
 17.00 bis 20.30 Uhr

16. September 2015, KVB Nürnberg
 17.00 bis 20.30 Uhr

14. Oktober 2015, KVB Würzburg
 17.00 bis 20.30 Uhr

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Ein Akut- oder Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminar-konzept ist lernzielorientiert, kompakt und an der Praxis ausgerichtet. Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. (Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I)
- erfahrenen ärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich effizient auf das richtige Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)

- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- Reanimationstraining (BLS/ALS) an Simulatoren in Kleingruppen, individuelle Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 10
Teilnahmegebühr: 90 Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- 28. Februar 2015, KVB Regensburg
- 25. April 2015, KVB München
- 9. Mai, KVB Würzburg
- 13. Juni 2015, KVB München
- 4. Juli 2015, KVB Bayreuth
- 26. September 2015, KVB Nürnberg
- 28. November 2015, KVB Augsburg

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- typische Akut- und Notfälle bei Kindern, Fallbesprechungen
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine Modul II:

- 4. Februar 2015, KVB München
- 15. April 2015, KVB Regensburg
- 13. Mai 2015, KVB Bayreuth
- 24. Juni 2015, KVB Würzburg
- 30. September 2015, KVB Augsburg
- 14. Oktober 2015, KVB Nürnberg

Modul III:

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- Informationen zu Abrechnung und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 11. Februar 2015, KVB München
- 18. März 2015, KVB Bayreuth
- 29. April 2015, KVB Regensburg
- 28. Oktober 2015, KVB Augsburg
- 4. November 2015, KVB Würzburg
- 2. Dezember 2015, KVB Nürnberg

Modul IV (fakultatives Modul):

- Symptom Bauchschmerz, akutes Abdomen – wo lauern die Fallstricke?
- bereitchaftsdienstrelevante psychiatrische Akut- und Notfälle, effektive Strategien, rasche und sichere Bewältigung
- Sepsis – außerklinische Diagnose und was ist zu tun?

Fortbildungspunkte: 4
Teilnahmegebühr: 40 Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul IV:

- 21. Januar 2015, KVB Augsburg
- 17. Juni 2015, KVB Bayreuth
- 8. Juli 2015, KVB Regensburg
- 22. Juli 2015, KVB München
- 18. November 2015, KVB Nürnberg

Notfalltraining für das Praxisteam

Einen Notfall in der Praxis wünscht sich keiner. Doch was ist zu tun, wenn er plötzlich eintritt? Zielgerichtet und berufsgruppenübergreifend bringen wir in unserem Seminar alle notwendigen Informationen auf den Punkt. Strukturiert werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Richtlinien. Die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes können Sie optimal überbrücken. Das ausführliche, individuelle Training an modernen Simulatoren ist die entscheidende Komponente, in der Sie notfallmedizinisch relevante Aspekte herausarbeiten. Gerne berücksichtigen wir dabei Ihre Praxisschwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren medizinische Fachangestellte (Praxisteam).

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten bei Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen

- alternatives Airwaymanagement
- Einsatz von Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Gerne passen wir spezifische Inhalte im Training Ihren individuellen Wünschen an!

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 95 Euro (je Teilnehmer)

(Je Samstag zwei getrennte Veranstaltungen. Sie buchen ein Seminar entweder am Vormittag oder am Nachmittag.)

Termine:

7. Februar 2015, KVB Augsburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. März 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

28. März 2015, KVB Nürnberg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

25. Juli 2015, KVB Regensburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

10. Oktober 2015, KVB Würzburg

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

24. Oktober 2015, KVB Bayreuth

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

14. November 2015, KVB München

9.00 bis 12.45 Uhr
13.30 bis 17.30 Uhr

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich.

Anmeldung unter
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst.*

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11 / 9 46 67 – 3 22
09 11 / 9 46 67 – 3 23
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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.

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Augenärzte

Abrechnungsworkshop Hausärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

EBM – Erste Basics für MFA Hausärzte

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Hausärztlich geriatrisches Basisassessment

EBM – Erste Basics für MFA Augenärzte

Hautkrebsscreening

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärzte und Kinderärzte

EBM - Erste Basics für MFA Chirurgen

Kooperationen: Gemeinschaftspraxis oder MVZ? – Workshop

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

QM-/QZ-Seminare

Grundlagen zum Hygienemanagement in Arztpraxen

Qualitätsmanagement für Einsteiger

Einführung in den Arbeitsschutz

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem Berufsverband DGPT

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	28. Januar 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		29. Januar 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
		4. Februar 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		10. Februar 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		4. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		4. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	29. Januar 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Februar 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Februar 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		4. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Februar 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	25. Februar 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
		4. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		11. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Februar 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		25. Februar 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	25. Februar 2015	14.30 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	160,- Euro	28. Februar 2015	9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. März 2015	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. März 2015	16.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	7. März 2015	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	11. März 2015	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	4. Februar 2015	14.30 bis 18.00 Uhr	München
		25. Februar 2015	14.30 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	11. Februar 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	25. Februar 2015	14.30 bis 18.30 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	27. Februar 2015 bis 28. Februar 2015	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München

