

KVBBINFOS

12|18

ABRECHNUNG

- 174 Die nächsten Zahlungstermine
- 174 Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018
- 176 HVM ab 1. Januar 2019 und Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2019
- 177 Neugestaltung des Check-up 35
- 178 Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus bald GKV-Leistung
- 178 H2-Atemtest einmal am Tag berechnungsfähig
- 179 Darmkrebs-Früherkennung als organisiertes Programm – Koloskopie für Männer schon ab 50 Jahren

VERORDNUNG

- 180 Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA
- 181 Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika
- 181 Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar
- 181 Valsartan und Irbesartan: Rückrufe bei Arzneimitteln
- 182 Fluorchinolone – Risikobewertungsverfahren
- 182 FAQ zur häuslichen Krankenpflege
- 182 Indikationsspektrum psychiatrische Krankenpflege
- 183 Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie
- 183 Rahmenvertrag „Ernährungstherapie“ geschlossen

QUALITÄT

- 184 Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung

ALLGEMEINES

- 186 Anfragen des Medizinischen Dienstes
- 187 „Gesund schwanger“

SEMINARE

- 188 Seminar des Monats für Praxisinhaber
- 189 Neues Seminar für Praxismitarbeiter
- 192 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Dezember 2018
Abschlagszahlung November 2018

Zahlungstermine 2019

11. Januar 2019
Abschlagszahlung Dezember 2018

31. Januar 2019
Restzahlung 3/2018

11. Februar 2019
Abschlagszahlung Januar 2019

11. März 2019
Abschlagszahlung Februar 2019

10. April 2019
Abschlagszahlung März 2019

30. April 2019
Restzahlung 4/2018

10. Mai 2019
Abschlagszahlung April 2019

11. Juni 2019
Abschlagszahlung Mai 2019

10. Juli 2019
Abschlagszahlung Juni 2019

31. Juli 2019
Restzahlung 1/2019

12. August 2019
Abschlagszahlung Juli 2019

10. September 2019
Abschlagszahlung August 2019

10. Oktober 2019
Abschlagszahlung September 2019

31. Oktober 2019
Restzahlung 2/2019

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

Abrechnungsabgabe für das Quartal 4/2018

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 4. Quartal 2018 bis spätestens **Donnerstag, den 10. Januar 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 Sammelerklärung zum Download zur Verfügung gestellt, das Sie bitte ausdrucken, unterschreiben und auf dem Postweg an die KVB senden.

Blanko-Sammelerklärungen sind deshalb nicht mehr den Honorarunterlagen beigefügt.

Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung (dann jedoch ohne Perso-

nalisierung) können Sie auch weiterhin unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Buchstabe „S“* herunterladen.

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

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

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

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

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 89 / 5 70 93 - 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

HVM ab 1. Januar 2019 und Veröffentlichung der kalkulatorischen Fallwerte 2019

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird ab 1. Januar 2019 unverändert fortgeführt. Damit wird die bestehende HVM-Systematik aus Fachgruppentöpfen, Leistungstöpfen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) beibehalten. Fortgeführt wird auch die Systematik mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Jahresfallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze.

schlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Unter www.kvb.de finden Sie direkt im Anschluss an die HVM-Textfassung einen entsprechenden Link zur Internetseite der KBV.

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

Sie finden die **kalkulatorischen Fallwerte 2019 ab Anfang Dezember 2018** unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten*.

Allgemeine Informationen zum HVM finden Sie ebenfalls ab Anfang Dezember unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19*. Hier sind auch die Online-Fassungen der Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KVB“ sowie der „Ergänzungsbroschüre QZV und Leistungen außerhalb RLV und QZV“ eingestellt.

Zum HVM-Text gelangen Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

Bei der Gestaltung des HVM sind zudem die „Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung“ (Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – KBV) zu beachten. Diese sind auf der Internetseite der KBV veröffentlicht unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen beziehungsweise entsprechende (Änderungs-) Be-

Neugestaltung des Check-up 35

Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene („Check-up 35“) neu zu regeln. Neben der Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten sollen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung zukünftig gesundheitliche Risiken und Belastungen des Patienten noch stärker erfasst und bewertet werden, um Erkrankungen rechtzeitig vorbeugen zu können. Der Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 zur Anpassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ist am 25. Oktober 2018 in Kraft getreten. Änderungen gibt es bei den Inhalten des Check-up, der Altersgrenze und den Untersuchungsintervallen.

Wesentliche inhaltliche Änderungen

Anamnese

- Die bisherige Fokussierung auf bestimmte Zielerkrankungen (Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit) wurde aufgegeben.
- Insbesondere bezüglich Brustkrebs, Darmkrebs und das maligne Melanom sollen gegebenenfalls über das erhöhte Risiko aufgeklärt werden.
- Mittels Risk-Charts sollen kardiovaskuläre Risiken systematisch erfasst werden, wenn dies aus ärztlicher Sicht angezeigt ist.
- Der Impfstatus auf der Grundlage der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA ist standardmäßig zu erfassen.

Laboruntersuchungen

- Die Blutuntersuchung wurde auf das vollständige Lipidprofil erwei-

tert (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride).

- Weiterhin Untersuchung auf Nüchternplasmaglukose sowie Urinstix-Untersuchung (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) notwendig.
- Bei jüngeren Versicherten zwischen 18 und 34 Jahren sind die Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil (zum Beispiel positiver Familienanamnese, Adipositas oder Bluthochdruck) durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.

Beratung

- Die Beratung erhält insgesamt mehr Gewicht. Die Patienten sollen motiviert werden, mehr für ihre Gesundheit zu tun.
- Es soll eine risikoadaptierte Beratung und Aufklärung erfolgen, insbesondere auch über das anhand von Risk-Charts ermittelte kardiovaskuläre Risiko und möglicher Minimierungsstrategien.
- In Abhängigkeit vom Impfstatus soll zur Nachimpfung motiviert werden.

Dokumentation

- Ergebnisse des Check-up müssen nicht mehr auf dem Formular 30 („Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung“) dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.

Altersgrenzen und Intervalle der Gesundheitsuntersuchung

- Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren haben künftig nur noch alle drei (statt bisher alle zwei Jahre) Anspruch auf die Untersuchung.
- Jüngere Versicherte zwischen 18

bis 34 Jahren können einmalig den Check-up durchführen lassen (Einschränkungen bei Laboruntersuchungen, siehe oben).

Abrechnung erst nach Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss

Nach dem Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie hat der Bewertungsausschuss **nun sechs Monate Zeit, um über die Anpassung der Vergütung im EBM zu verhandeln**. Erst wenn darüber entschieden ist, können Vertragsärzte die neue Gesundheitsuntersuchung durchführen und zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/ Richtlinien.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus bald GKV-Leistung

Für Patienten mit Keratokonus steht künftig die Hornhautvernetzung mittels Einsatz von Riboflavin (Vitamin B2) und UV-A Bestrahlung als neue Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Juli 2018 eine entsprechende Aufnahme in die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Der Beschluss ist am 12. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Anwendung findet die Hornhautvernetzung bei Patienten mit Keratokonus und subjektiver Sehverschlechterung, sobald ein progredientes Fortschreiten der Erkrankung diagnostiziert wurde.

Zur Durchführung berechtigt sind nur Fachärzte für Augenheilkunde. Weiterhin ist festgelegt, dass für die Indikationsstellung zwei Messungen der Hornhautbrechkraft erfolgen müssen, die entweder mit demselben Messgerät durchgeführt werden oder mit Messgeräten, deren Messungen vergleichbar sind.

Abrechnung erst nach Aufnahme der Leistung in den EBM möglich

Die Hornhautvernetzung einschließlich der Topographie der Hornhaut und die Tomographie zur Diagnostik und Indikationsstellung können erst dann als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden, wenn die entsprechenden Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit.

Sobald die Aufnahme der neuen Leistungen in den EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des G-BA sowie die Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien.

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

H2-Atemtest einmal am Tag berechnungsfähig

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 02401 EBM für den H2-Atemtest ist nur einmal am Tag berechnungsfähig. Die für die Untersuchung notwendigen mehreren Probenentnahmen, mehreren Messungen der H2-Konzentrationen sowie die zeitbezogene Dokumentation der Messergebnisse sind obligater Leistungsinhalt der GOP 02401.

Die Leistung ist zwar je Testsubstanz berechnungsfähig, allerdings muss der Patient je Test nüchtern sein, so dass eine mehrfache Berechnung der GOP 02401 – auch in unterschiedlichen Sitzungen – am gleichen Tag ausgeschlossen 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

Darmkrebs-Früherkennung als organisiertes Programm – Koloskopie für Männer schon ab 50 Jahren

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, für die es von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen gibt, sollen nach dem Willen des Gesetzgebers als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daher eine Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme beschlossen und als erstes Programm im Rahmen dieser Richtlinie die Darmkrebsfrüherkennung umgesetzt. Der Beschluss ist am 19. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Programminhalte

Wie bisher kann die Früherkennung entweder durch einen immunologischen Test auf sichtbares Blut im Stuhl (iFOBT) oder durch eine Koloskopie erfolgen. Männer haben neu künftig bereits ab 50 Jahren (statt 55 Jahren) Anspruch auf eine erste Früherkennungskoloskopie, da sie ein höheres Risiko als Frauen haben, an Darmkrebs zu erkranken.

Im Einzelnen:

- Männer im Alter von 50 bis einschließlich 54 Jahren können zwischen einem jährlichen iFOBT oder einer Koloskopie wählen.
- Frauen können im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich einen iFOBT durchführen lassen. Einen Anspruch auf die Früherkennungskoloskopie haben Frauen wie bisher erst ab 55 Jahren.
- Ab 55 Jahren besteht für Frauen und Männer alle zwei Jahre Anspruch auf einen iFOBT, solange noch keine Früherkennungskoloskopie in Anspruch genommen wurde.
- Nach der Durchführung einer Früherkennungskoloskopie be-

steht ein Anspruch auf eine erneute Früherkennungsmaßnahme (iFOBT oder Koloskopie) erst nach zehn Jahren. Wenn die Koloskopie von einem Patienten erst ab dem Alter von 65 Jahren wahrgenommen wird, besteht insgesamt Anspruch auf eine Früherkennungskoloskopie.

- Bei positivem iFOBT besteht ein Anspruch auf eine Abklärungskoloskopie.

Kurative iFOBT oder kurative Koloskopien können selbstverständlich nach wie vor bei medizinischer Erfordernis zu jedem Zeitfenster veranlasst oder erbracht werden.

Organisiertes Programm

Die Richtlinie sieht eine regelmäßige Einladung der Versicherten durch die Krankenkassen vor, im Allgemeinen regelhaft bei Erreichen eines bestimmten Anspruchsalters und anschließend in programmspezifisch definierten Intervallen. Die Einladung soll Informationen über die Organisation und den Ablauf des Programms, Nutzen und Risiken der Früherkennungsuntersuchung, personenbezogene Datenverarbeitung und Ausgestaltung der Widerspruchsrechte enthalten. Voraussetzlicher Starttermin für das entsprechende Einladungsverfahren durch die Krankenkassen ist Juli 2019.

Zur Programmbeurteilung (Evaluation) werden elektronische Dokumentationen der Ärzte, der Krankenkassen und der klinischen Krebsregister einbezogen. Die bisherigen Regelungen zur Dokumentation nach der bestehenden Krebsfrüherkennungsrichtlinie des G-BA (Koloskopie und Sammelstatistiken zum iFOBT) gelten bis zum 1. Januar 2020 be-

ziehungsweise bis zur Inkraftsetzung der neuen Dokumentation.

Abrechnung erst nach Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss

Die Regelungen zum organisierten Darmkrebs-Screening-Programm sind erst nach Ablauf von sechs Monaten ab Inkrafttreten der neuen Richtlinie umzusetzen, um dem Bewertungsausschuss Zeit für entsprechende Beratungen zur Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu geben. Eine Übergangsregelung stellt sicher, dass bisherige Leistungen zur Früherkennung von Darmkrebs gemäß der jetzigen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) solange gelten, bis eine Anpassung des EBM für ärztliche Leistungen an die Inhalte der neuen Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) erfolgt ist.

Sobald die Anpassung des EBM beschlossen wurde, werden wir Sie hierüber informieren.

Sie finden den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Richtlinie unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien.

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

Arzneimittel-Richtlinie – Beschlüsse des G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat weitere Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, die zwischenzeitlich in Kraft getreten sind.

Zur Anlage I, OTC-Übersicht:

- Aufnahme der Glukokortikoid-haltigen Nasensprays

Zur Anlage V, verordnungsfähige Medizinprodukte:

- myVISC Hyal 1.0 – Änderung der Befristung auf 1. Juli 2023
- TP SalineFlush™ – Aufnahme
- ALCON BSS – Änderung der Befristung auf 14. Dezember 2021

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

- Rituximab-haltige Arzneimittel beim Mantelzell-Lymphom – Zustimmung eines weiteren pharmazeutischen Unternehmers

Zur Anlage XII, Frühe Nutzenbewertung:

Im 3. Quartal 2018 sind Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen in Kraft getreten.

- Allogene, genetisch modifizierte T-Zellen
- Atezolizumab Evolocumab – Neubewertung aufgrund Änderung der Zulassung
- Benralizumab
- Bezlotoxumab
- Bosutinib – Aufhebung der Befristung
- Brentuximab Vedotin – neues Anwendungsgebiet: CD30+ kutanes T-Zell-Lymphom (CTCL)
- Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralfenamid – neues Anwendungsgebiet: HIV-Infektion, Patienten ab sechs Jahren
- Emicizumab
- Fluticasonfuroat/Umeclidinium/Vilanterol

- Glycerolphenylbutyrat
- Glycopyrroniumbromid
- Insulin glargin/Lixisenatid
- Ipilimumab – neues Anwendungsgebiet: zur Behandlung von fortgeschrittenen Melanomen bei Jugendlichen ab zwölf Jahren
- Ixekizumab – neues Anwendungsgebiet: Psoriasis-Arthritis
- Letemovir
- Lumacaftor/Ivacaftor – neues Anwendungsgebiet: Patienten ab sechs Jahren
- Ocrelizumab
- Olaparib – Aufhebung der Befristung
- Palbociclib – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer
- Patiromer
- Pembrolizumab – Neubewertung aufgrund Änderung der Zulassung
- Sonidegib
- Trifluridin/Tipiracil – Verlängerung der Befristung der Geltungsdauer

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

Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika

Durch den Einsatz von Labordiagnostik soll die gezielte Verordnung von Antibiotika gefördert werden. Dafür wurde der EBM zum 1. Juli 2018 unter anderem um den Procalcitonin-Test erweitert. Es soll möglichst immer dann eine Laboruntersuchung veranlasst werden, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann. In allen anderen Fällen kann weiterhin eine kalkulierte Antibiotikatherapie verordnet werden – ohne vorherige Labordiagnostik.

Durch die Berichterstattung in einigen Fachmedien ist der Eindruck entstanden, dass vor jeder Antibiotikatherapie bei Atemwegsinfektionen eine Labordiagnostik notwendig ist und andernfalls Arzneimittelregresse drohen. Dem ist nicht so! Die Klarstellung des Erweiterten Bewertungsausschusses finden Sie in unserem Verordnung Aktuell „Tests zur gezielten Verordnung von Antibiotika“ 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

Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar

Das umsatzstärkste Präparat der letzten Jahre im deutschen Arzneimittelmarkt hat Konkurrenz bekommen: Für im Ziel 30 TNF α -Blocker sind ab sofort Biosimilars mit dem Wirkstoff Adalimumab verfügbar. Diese Verordnungen beeinflussen Ihre Zielerreichung positiv. Zum heutigen Zeitpunkt sind Einsparungen von bis zu 40 Prozent im Vergleich zum Original Humira® möglich. Studien zur Austauschbarkeit als Voraussetzung der Zulassung belegen vergleichbare Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zwischen Biosimilar und Original. In unserem Verordnung Aktuell „Biosimilars zu Humira® (Adalimumab) verfügbar“ vom 24. Oktober 2018 stellen wir Ihnen eine Übersicht der Biosimilars vor.

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

Valsartan und Irbesartan: Rückrufe bei Arzneimitteln

Eine aktuelle Liste aller von den Rückrufen betroffenen Chargen verschiedener Hersteller liegt nur den Apotheken über ihre Arzneimittelkommission beziehungsweise über direkte Meldung der Hersteller an die Apotheken vor. Um sicherzugehen, welcher Anbieter für die Versorgung mit Valsartan beziehungsweise Irbesartan noch zur Verfügung steht, wenden Sie sich deshalb bitte an die Apotheke Ihrer Wahl.

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

Fluorchinolone – Risikobewertungsverfahren

Fluorchinolone stehen aufgrund schwerwiegender und in sehr seltenen Fällen auch dauerhafter Nebenwirkungen seit Langem in der Diskussion. Im Rahmen des Neubewertungsverfahrens hat der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur nun empfohlen, den Gebrauch von Fluorchinolonen einzuschränken. Die unseres Erachtens nach wichtigste Einschränkung besteht darin, Fluorchinolone nicht mehr bei leichten und mittelschweren Infektionen inklusive unkomplizierter Zystitis, akuter Exazerbation der chronischen Bronchitis und chronischer obstruktiven Lungenerkrankung, akuten bakteriellen Rhinosinusitis und akuten Mittelohrentzündung anzuwenden, außer es sind keine anderen Therapiealternativen möglich.

In unserer Verordnung Aktuell „Fluorchinolone – Empfehlung des PRAC im Risikobewertungsverfahren“ vom 17. Oktober 2018 lesen Sie weitere Detailinformationen sowie den gesamten Wortlaut der Empfehlungen.

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 häuslichen Krankenpflege

Unsere FAQ zur häuslichen Krankenpflege haben wir um folgende Information ergänzt (Seite 7):

Obwohl Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege den Palliativpatienten schon vor der Einfügung der Leistungsziffer Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatienten) zur Verfügung standen, fand die ambulante Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen möchten, keine ausdrückliche Erwähnung in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie. Ziel ist es, den Hospiz- und Palliativgedanken stärker in der Regelversorgung zu verankern und die ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken.

Die FAQ stehen Ihnen auf unseren Verordnungsseiten im Internet zur Verfügung.

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

Indikationsspektrum psychiatrische Krankenpflege

Das Indikationsspektrum für psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) wird durch eine Erweiterung der Liste der Regelindikationen sowie einer Öffnungsklausel für weitere Indikationen breiter. Neu ist auch, dass nun der GAF-Wert angegeben werden muss. Die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) ist eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen.

Wichtig: Innerhalb von sechs Monaten wird der Bewertungsausschuss nun die bestehenden Abrechnungsziffern im EBM überprüfen. Erst dann kann die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Basis der geänderten Richtlinie verordnet werden. Bis dahin gelten die aktuellen Vorgaben der Richtlinie zur Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege fort.

In unserer Verordnung Aktuell informieren wir Sie im Detail über diesen Beschluss. Nachdem jetzt auch feststeht, dass das Muster 12 für die Verordnung der pHKP verwendet werden muss, haben wir das zum Anlass genommen, um unsere Ausfüllhilfe zu überarbeiten.

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

Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

Sogenannte Übertragungsanlagen sind nunmehr altersunabhängig zusätzlich zu anderen Hörhilfen verordnungsfähig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Hilfsmittel-Richtlinie entsprechend geändert. Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss nicht beanstandet hat, muss nun der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten entscheiden, inwieweit der Beschluss Auswirkungen auf den EBM hat. Erst dann können Übertragungsanlagen auch für Erwachsene verordnet werden.

In unserer Verordnung Aktuell „Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL)“ vom 6. November 2018 informieren wir Sie ausführlich über diese und weitere Änderungen.

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

Rahmenvertrag „Ernährungstherapie“ geschlossen

Die AOK hat mit den entsprechenden Berufsverbänden erstmals einen Rahmenvertrag für die Erbringung von ernährungstherapeutischen Leistungen geschlossen. Der Vertrag regelt beispielsweise Art und Umfang der Leistungen sowie deren Abrechnung und Vergütung. Er richtet sich nach den gemeinsamen Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands und ist rückwirkend ab dem 1. Januar 2018 gültig.

Bitte beachten Sie: Seit dem 1. Oktober 2018 gibt es eine Leistungserbringerin zur Abgabe von Ernährungstherapie mit Sitz in München. Im Raum München ist ab sofort die Versorgung mit Ernährungstherapie gewährleistet und kann deshalb verordnet werden. Betroffene Patienten außerhalb Münchens empfehlen wir weiterhin in den aktuellen Versorgungsstrukturen zu lassen. Sobald sich die Situation ändert, werden wir Sie umgehend informieren. Das bisherige Verordnung Aktuell „Ambulante Ernährungstherapie seit 1. Januar 2018 verordnungsfähig“ haben wir entsprechend überarbeitet. Es steht Ihnen auf unserer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Ernährungstherapie* zur Verfügung.

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

Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 6. September 2018 Änderungen der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) zur Substitutionsbehandlung beschlossen, die erst mit ihrer Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Die MVV-RL wurde damit an die Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger angepasst. Für die substituierenden Ärzte bedeutet dies eine erhöhte Rechtssicherheit. Erleichterungen ergeben sich unter anderem durch den Wegfall einzelner Prüfungs- und Meldetatbestände. Die wesentlichen Änderungen sind im Folgenden dargestellt.

Präambel

Die Präambel wurde neu gefasst. Insbesondere wurde entsprechend der Richtlinie der BÄK festgelegt, dass die Opioidabhängigkeit eine schwere chronische Krankheit ist, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Gleichzeitig wurde die „Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel der Behandlung“ aus der Präambel gestrichen (Wegfall des Abstinenzparadigmas).

Therapieziele im Sinne Paragraf 27 SGB V, Indikationsstellung und Therapiekonzept (Paragraf 3)

■ Therapieziele

Die Therapieziele wurden in Paragraf 3 Absatz 1 und 2 neu formuliert und aus der Richtlinie der BÄK übernommen. Dazu gehören gesundheitsbezogene Ziele, wie die

Sicherstellung des Überlebens und die Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes, aber auch mittelbar erreichbare gesellschaftspolitische Ziele, die nicht Teil der Krankenbehandlung nach Paragraf 27 SGB V sind, wie die Reduktion der Straffälligkeit und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben. Alle aufgeführten Ziele sind nicht konsekutiv zu verstehen. Die Opioidabstinenz soll im Rahmen der ärztlichen Therapie zumindest angestrebt werden (vergleiche Paragraf 3 Absatz 4). Dazu sollen mit dem Patienten zielorientierte, motivierende Gespräche geführt werden, deren Ergebnisse dokumentiert werden.

■ Indikationsstellung

Die Regelungen zur Indikationsstellung wurden ebenfalls an den Wortlaut der BÄK-Richtlinie angepasst. Danach umfasst die Indikationsstellung für eine Substitutionsbehandlung die **Abklärung einer Opioidabhängigkeit**, die Berücksichtigung von Kontraindikationen und die jeweils individuelle Indikation des Patienten (vergleiche Paragraf 3 Absatz 5 und 6). Indikation für die Einleitung und Fortführung einer substitions-gestützten Behandlung ist eine Opioidabhängigkeit, die Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden ist. Für die Feststellung einer Opioidabhängigkeit ist die internationale Klassifikation psychischer Störungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision, German Modification [ICD-10-GM]) maßgeblich.

■ Therapiekonzept

Die Substitution kann wie bisher nur als Bestandteil eines umfassenden **Therapiekonzepts** durchgeführt werden. Die Regelungen zum Therapiekonzept wurden ebenfalls überarbeitet und der Richtlinie der BÄK angeglichen. So wurden die ärztlichen Maßnahmen, die bei Einleitung und – soweit indiziert – während einer Substitutionsbehandlung erforderlich sind, in Teilen neu formuliert (vergleiche Paragraf 3 Absatz 8): Künftig ist ein **Drogenscreening** Teil der eingehenden Untersuchung des Patienten. Darüber hinaus wurden die abzuklärenden Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen näher bezeichnet: „Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen, insbesondere kardialer, hepatologischer, pneumologischer und infektiöser Erkrankungen“. Weiterhin wurde ausdrücklich geregelt, dass die „Abklärung einer eventuell bestehenden Schwangerschaft“ und der „aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen unter Hinzuziehung der gegebenenfalls vorhandenen psychosozialen Betreuung“ erfolgen soll. Die Bestandteile des individuellen Therapiekonzepts (frühere Bezeichnung: „individueller Therapieplan“) sind weitgehend unverändert geblieben (vergleiche Paragraf 3 Absatz 9). Zur psychosozialen Betreuung (PSB) wurde – entsprechend der BÄK-Richtlinie – geregelt, dass diese dem Patienten regelhaft empfohlen werden soll.

Substitution mit Diamorphin

Die Vorschriften zur substitions-gestützten Behandlung mit Diamorphin (vergleiche Paragraf 3 Absatz 7, Absatz 9, Sätze 2 bis 4 und Absatz 11) sind inhaltlich unverändert geblieben.

Änderung der Vorgaben zur Dokumentation und Wegfall der Meldungen zu Substitutionsbeginn und -beendigung (Paragraf 6)

Die bisherigen Regelungen zur Dokumentation (früher: Paragraf 7 Absatz 1), unter anderem zur PSB (Angabe der durchführenden Stelle beziehungsweise Bestätigung durch diese, dass die PSB nicht erforderlich ist), wurden aufgehoben. Ebenfalls weggefallen ist die Pflicht zur Anzeige des Beginns und der Beendigung einer Substitution bei der KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse (früher: Paragraf 7 Absatz 2). Geblieben ist es hingegen bei der Meldepflicht zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (vergleiche Paragraf 4 mit Verweis auf Paragraf 5b Absatz 1 Satz 3 BtMVV).

Zur Dokumentation ist im neuen Paragraf 6 nur noch geregelt, dass deren Anforderungen sich gemäß Paragraf 5 Absatz 11 BtMVV nach den Vorgaben der BÄK-Richtlinie richten. Dort sind die Dokumentationsanforderungen unter Ziffer 7a) bis h) ausführlich geregelt. Es wird zwischen Dokumentationsanforderungen „vor und bei Einleitung einer Substitution“ beziehungsweise „im Rahmen der Erstellung des Therapiekonzepts und behandlungsbegleitend“ einerseits und Dokumentationsanforderungen zu einzelnen Tatbeständen andererseits („Take-Home-Verschreibung“, „Beendigung beziehungsweise Abbruch der Substitutionsbehandlung“, „Substitution in einer externen Einrichtung“, „Konsiliar- und Vertretungsregelung“, „Behandlung mit Diamorphin“) unterschieden.

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung (Paragraf 7)

Die bisherige Vorschrift zu den Abbruchkriterien zur Substitution (vormals Paragraf 8) ist weggefallen. Dafür wurden die Kriterien zu Beendigung und Abbruch der Substitution im neuen Paragrafen 7 geregelt, in den die entsprechenden Regelungen der BÄK-Richtlinie (dort Ziffer 4.2) übernommen wurden. Es wird zwischen „regulärer Beendigung in Abstimmung mit dem Patienten“ und der „vorzeitigen Beendigung beziehungsweise Behandlungsabbruch“ unterschieden. An die vorzeitige Beendigung der Substitution werden hohe Anforderungen gestellt: Sie soll bei sich ergebenden schwerwiegenden Kontraindikationen, einem fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen, bei wiederholter und anhaltender Nichteinhaltung getroffener Vereinbarungen durch den Patienten oder dann erfolgen, wenn die Kommission im Rahmen der Stichprobenprüfung feststellt, dass die Voraussetzungen des Paragrafen 3 nicht oder nicht mehr vorliegen. Der Behandlungsabbruch setzt aufgrund des Gefährdungspotenzials für den Patienten stets eine sorgfältige Prüfung und Abwägung sowie – falls er unvermeidbar sein sollte – die Suche nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen voraus.

Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung (Paragraf 8)

Die Regelung zu den Stichprobenprüfungen (früher: Paragraf 9) wurde in zwei wesentlichen Punkten geändert:

■ Wegfall einzelner Prüfungstatbestände

Die bei Aufnahme der Substitution mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein sowie die bei unter 18-jährigen Patienten vorgesehenen Prüfungen der patientenbezogenen Dokumentationen sind aus datenschutzrechtlichen Gründen entfallen. Dasselbe gilt für die bislang bei allen Substitutionsbehandlungen mit Ablauf von jeweils fünf Behandlungsjahren festgelegten Prüfungen.

■ Regelprüfungen künftig nur noch pseudonymisiert

Die regelhaft durchzuführenden Stichprobenprüfungen der patientenbezogenen Dokumentationen wurden bis Ende 2018 ausgesetzt. Künftig müssen die patientenbezogenen Dokumentationen pseudonymisiert an die KV übermittelt werden (vergleiche Paragraf 8 Absatz 3 Satz 4). Das Pseudonymisierungsverfahren richtet sich nach dem Verfahren, das Ärzte auch bei der Übermittlung an das Substitutionsregister anwenden (vergleiche Paragraf 5b Absatz 2 BtMVV).

Einzelheiten zur Änderung der MVV-RL finden Sie unter www.g-ba.de in der Rubrik Richtlinien/Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (früher BUB-Richtlinie)/ Beschlüsse/Beschluss vom 06.09.2018. Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger kann unter www.baek.de in der Rubrik Richtlinien/Substitutionstherapie und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unter www.gesetze-im-internet.de in der Rubrik Gesetze/Verordnungen/B/BtMVV abgerufen werden.

Anfragen des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) spielt in der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle. Ihm kommen in den gesetzlich bestimmten Fällen Begutachtungs-, Beratungs- und Prüfkompetenzen (Paragraf 275 SGB V) zu. Für den Vertragsarzt bedeuten die Anfragen des MDK zusätzlichen Aufwand, sie werden häufig als lästige Bürokratie empfunden. Viele stellen sich daher die Frage, ob die Anfragen des MDK überhaupt beantwortet werden müssen.

Anfragen nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben

Rechtlich ist zu unterscheiden zwischen den Befugnissen der Krankenkassen, Auskünfte über den Versicherten beim Vertragsarzt einzuholen und den Befugnissen des MDK.

Welche Auskünfte die Krankenkassen beim Vertragsarzt einholen dürfen, ist näher in Paragraf 36 BMV-Ä und in der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 zum BMV-Ä) geregelt.

Der MDK ist nur **im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung** berechtigt, Auskünfte bei Vertragsärzten über Versicherte einzuholen. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall mit der Begutachtung beauftragt hat.

In welchen Fällen die Krankenkassen den MDK verpflichtend einschalten müssen, regelt Paragraf 275 Absatz 1 SGB V. Dabei ist der MDK zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähig-

keit, einzuschalten. Dies gilt gleichermaßen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Pflicht zur Auskunft

Nach den Paragrafen 73 Absatz 2 Nummer 9, 275, 276 Absatz 2 SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung des MDK Sozialdaten über ihre Patienten zur Verfügung zu stellen. Dabei wird in Bezug auf die Form der Anforderung und die Vergütung für den Vertragsarzt unterschieden zwischen einfachen Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen und dem ausführlichen Bericht an den MDK.

- Für **einfache Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse** etc. ist kein Vordruck vereinbart. Der MDK muss bei seiner Anfrage aber die Rechtsgrundlage (zum Beispiel Prüfungs- oder Beratungsauftrag nach Paragraf 275 SGB V) für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflicht des Vertragsarztes sowie den Zweck der von ihm erbetenen Auskunft im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung angeben. Eine Vergütung für diese Auskünfte steht dem Vertragsarzt in diesem Fall nicht zu. Werden allerdings die Auskunftsberechtigung und die einschlägige Rechtsgrundlage nicht genannt, ist es ratsam, diese Informationen vor einer Auskunftserteilung anzufordern.
- Für **ausführliche Berichte an den MDK** ist mit den Krankenkassen in Anlage 2 BMV-Ä (Vordruckvereinbarung) ein Vordruckmuster vereinbart (Muster 11). Dieses ist vom MDK bei der Anforderung des ausführlichen Berichts zu

verwenden. Der Vordruck enthält auch die Gebührenordnungsposition (GOP 01621 EBM), nach der der Bericht vergütet wird.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

„Gesund schwanger“

Folgende Krankenkassen nehmen ab 1. Januar 2019 an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil:

- **BKK Linde**
- **BKK B. Braun Melsungen AG**

Bereits teilnehmende Krankenkassen:

- Bertelsmann BKK
- BKK Aesculap
- BKK Diakonie
- BKK Voralb Heller*Index*Leuze
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Die Bergische Krankenkasse
- Salus BKK
- BAHN BKK
- Südzucker BKK
- VIACTIV Krankenkasse
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Melitta Plus

Eine aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen sowie Informationen und Formulare zum Herunterladen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Gesund schwanger*.

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

Seminar des Monats für Praxisinhaber

Einführung in den Arbeitsschutz

Entsprechend dem Arbeitsschutzgesetz (ArbeitschG) und Arbeitssicherheitsgesetz liegt die Verantwortung für den Gesundheits- und Arbeitsschutz beim Arbeitgeber. Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Arbeitsunfälle können durch präventive Schutzmaßnahmen abgewendet werden.

In diesem Seminar lernen Sie, wer an der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Praxis beteiligt ist und welche Aufgaben von den jeweiligen Personen übernommen werden.

Anhand einer Gefährdungsbeurteilung werden gemeinsam beispielhaft sichtbare und unsichtbare Gefahrenquellen in einer Praxis identifiziert, ihr Risiko eingeschätzt und

schließlich Maßnahmen aufgezeigt, wie diese behoben werden können.

Auf diese Weise werden Ihr Praxisteam und Ihre Patienten wirksam vor Arbeitsunfällen und Gesundheitsgefahren geschützt. Beispiele verdeutlichen, wie. Die Integration des Arbeitsschutzes in das praxisinterne Qualitätsmanagement fördert eine effiziente Arbeitsweise, trägt zum Praxiserfolg und einer Verbesserung des Gesundheitsmanagements Ihrer Praxis bei.

Zielgruppe

Praxisinhaber, Praxismitarbeiter, die mit dem Aufbau des Arbeitsschutzes in der Praxis beginnen

Themenschwerpunkte

- Was bedeuten Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Arztpraxis/im MVZ?

- Rechtliche Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Innerbetriebliche Arbeitsorganisation und Arbeitsschutzbetreuung nach DGUV 12
- Betrieblicher Beauftragter im Arbeitsschutz für die Arztpraxis
- Gefährdungsbeurteilung nach ArbeitschG, GefStoffV und BiostoffV
- Gefahrstoffe in der Arztpraxis
- Biostoffe in der Arztpraxis
- Medizinprodukte/Geräte und ihre Besonderheiten

Referenten

Erfahrene Arbeitsschutzexperten

Teilnahmegebühr

95,- Euro pro Teilnehmer

Wir laden Sie herzlich dazu ein und freuen uns auf Sie und Ihre Online-Anmeldung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20
Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21
E-Mail Seminarberatung@kvb.de

Unsere Servicezeiten

- Montag bis Donnerstag
7.30 bis 17.30 Uhr
- Freitag
7.30 bis 14.00 Uhr

Seminararten			
22. Mai 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg/KVB	
5. Juni 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg/KVB	
3. Juli 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB	
9. Oktober 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg/KVB	
20. November 2019	15.00 bis 19.00 Uhr	München/KVB	

Neues Seminar für Praxismitarbeiter

Abrechnungsworkshop für Praxismitarbeiter

Bei der Interpretation der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BEGO) und der Erstellung der Quartalsabrechnung kommt es in den Praxen immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten, die nicht auf Anhieb zu lösen sind. In diesem Workshop bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen und von den Erfahrungen der KVB-Berater zu profitieren.

Im Mittelpunkt stehen die individuellen Themen und Fragestellungen aus Ihrem Versorgungsbereich. Sie bringen Ihr Know-how mit ein und können von den Erfahrungen Ihrer Kollegen lernen. Unsere Experten unterstützen Sie dabei und gehen zielgerichtet auf Ihre Anliegen ein.

Zusammen mit Ihrer Anmeldung erhalten Sie einen **Fragebogen**. Da der Workshop auf diesen individuellen Fragestellungen aufgebaut wird, bitten wir Sie, uns Ihre persönlichen Fragen bis **spätestens acht Tage** vor Seminarbeginn an die auf der Anmeldebestätigung angegebene Faxnummer zu senden.

Referenten

KVB-Mitarbeiter

Teilnahmegebühr

kostenfrei

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Anästhesistische und Chirurgische Praxen

20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

Augenärztliche Praxen

22. Januar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
-----------------	---------------------	--------------

19. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
------------------	---------------------	--------------

21. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
------------------	---------------------	----------------

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
------------------	---------------------	--------------

3. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
---------------	---------------------	---------------

8. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-------------	---------------------	--------------

22. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
--------------	---------------------	-------------

11. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-------------------	---------------------	--------------

Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
------------------	---------------------	--------------

20. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
---------------	---------------------	---------------

21. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
---------------	---------------------	----------------

2. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
---------------	---------------------	--------------

24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
--------------------	---------------------	--------------

Chirurgische Praxen

27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
------------------	---------------------	-------------

Dermatologische Praxen

19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
---------------	---------------------	--------------

15. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
--------------	---------------------	--------------

21. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
--------------	---------------------	--------------

10. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
---------------	---------------------	-------------

9. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
-----------------	---------------------	--------------

13. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
-------------------	---------------------	---------------

Fachärztliche internistische Praxen und mit Schwerpunkt

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
9. April 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
7. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
22. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
29. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
11. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB

Gynäkologische Praxen

13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
4. Juni 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
2. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
8. Oktober 2019	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg/KVB
27. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

HNO-Praxen

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
10. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
2. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
16. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
17. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
5. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB

Nervenärztliche, Neurologische, Psychiatrische, KJP-Praxen

27. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
11. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
24. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
2. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
15. Oktober 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
6. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Operative und Belegärztliche Praxen

9. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
3. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr

Orthopädische und Reha-Praxen

9. Mai 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

27. Juni 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
17. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
26. November 2019	10.00 bis 13.00 Uhr
27. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
3. Dezember 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
11. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr

Urologische Praxen

20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
10. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
12. November 2019	14.00 bis 17.00 Uhr
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr
10. Dezember 2019	14.00 bis 17.00 Uhr

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Hausärztliche Praxen

20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
3. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
3. Juli 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
25. September 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
23. Oktober 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. November 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB
4. Dezember 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

31. Januar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
12. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB
20. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing/KVB
27. Februar 2019	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg/KVB
3. April 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth/KVB
2. Mai 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Regensburg/KVB
9. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
23. Juli 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg/KVB
17. September 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg/KVB

Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg/KVB
13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

Würzburg/KVB

Straubing/KVB

Nürnberg/KVB

Augsburg/KVB

Nürnberg/KVB

Straubing/KVB

München/KVB

Bayreuth/KVB

München/KVB

München/KVB

Nürnberg/KVB

Augsburg/KVB

Würzburg/KVB

Bayreuth/KVB

Augsburg/KVB

München/KVB

Regensburg/KVB

Würzburg/KVB

Bayreuth/KVB

Nürnberg/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln (QZ)

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

Informationen zu Qualitätsmanagement und Hygiene

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

Seminare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fachliche Informationen erhalten Sie unter 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Fortbildung*

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: Anästhesistische und Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Augenärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische Praxen

Abrechnungsworkshop: Chirurgische, Orthopädische, Reha-Praxen

Abrechnungsworkshop: Dermatologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Gynäkologische Praxen

Abrechnungsworkshop: Haus- und fachärztliche Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen

Abrechnungsworkshop: Hausärztliche Praxen mit hausärztlichen Kinderarztpraxen

Abrechnungsworkshop: Radiologische, Nuklearmedizinische, Strahlentherapeutische Praxen

Abrechnungsworkshop: Urologische Praxen

Die Privatabrechnung in der fachärztlichen Praxis - Einsteiger

Erste Basics für MFA: Augenärztliche Praxen

Erste Basics für MFA: Gynäkologische Praxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Kinderarztpraxen

Erste Basics für MFA: Hausärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Konservativ tätige fachärztliche Praxen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung: Operativ tätige fachärztliche Praxen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	22. Januar 2019 19. Februar 2019 21. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg Nürnberg Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. Februar 2019 20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Augsburg Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019 13. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Februar 2019 13. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	31. Januar 2019 12. Februar 2019 20. Februar 2019 27. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr 10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg Würzburg Straubing Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. Dezember 2018 20. März 2019	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg Augsburg
Praxisinhaber	95,- Euro	16. März 2019 20. März 2019	10.00 bis 14.00 Uhr 14.00 bis 18.00 Uhr	München Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	30. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. Februar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. Februar 2019 20. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. Februar 2019	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. Januar 2019 13. März 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. Dezember 2018 23. Januar 2019	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg Bayreuth

Themengebiet**DMP**

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 – Eingangsfortbildung

DMP-Fortbildung für Schulungspersonal – Diabetes-KHK

DMP-Patientenschulung – ohne Insulin

Fachseminare

Sicherheit beim Hausbesuch und im ÄBD

Fortbildung für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 1

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 2

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 4

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst – Modul 6

Bereitschaftsdienst – Abrechnung und Verordnung – Tipps für Poolärzte

Kooperation, Recht und Wirtschaft

Vereinbarkeit Praxis und Familie – wie kann das funktionieren?

Praxismanagement

Führungskräfte in der Praxis – Grundlagen der Führung

Grenzen setzen – Grenzen achten

Patientengespräche zielgerichtet führen

Praxismarketing als Teamaufgabe

Start-Up: Ein Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfänger

Qualitätszirkel

Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren

Kompaktkurs für Qualitätszirkel-Moderatoren

Lokales Moderatorentreffen Qualitätszirkel

Selbstmanagement

Burnout-Prävention für Praxismitarbeiter

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	95,- Euro	16. Februar 2019	9.00 bis 15.15 Uhr	München
Praxismitarbeiter	45,- Euro	12. Dezember 2018	15.00 bis 17.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	100,- Euro	26. Januar 2019	9.00 bis 15.00 Uhr	München
		1. Februar 2019	15.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	München
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber, Poolärzte	40,- Euro	27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	90,- Euro	26. Januar 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	Regensburg
		2. Februar 2019	9.00 bis 16.15 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	12. Dezember 2018	17.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		6. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	Würzburg
		27. Februar 2019	17.00 bis 20.30 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	13. Februar 2019	17.00 bis 20.45 Uhr	München
Ärzte für den Bereitschaftsdienst	40,- Euro	30. Januar 2019	17.30 bis 20.30 Uhr	München
Poolärzte	kostenfrei	13. Dezember 2018	17.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Dezember 2018	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	7. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	95,- Euro	14. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	19. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	9. Februar 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	9. Februar 2019	9.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	1. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	München
		6. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		6. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
		13. Februar 2019	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	12. Dezember 2018	14.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg

