

KVBIINFOS

11|14

ABRECHNUNG

- 134 Die nächsten Zahlungstermine
- 134 Bestimmung von CRP und BAK im Bereitschaftsdienst
- 134 GOPen 06334 und 06335 für IVOM
- 135 Gemeinsame Abrechnungshinweise der BLÄK und KVB zu Laborleistungen

VERORDNUNGEN

- 136 Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 137 Neue BtM-Rezepte
- 137 Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)
- 138 Enzalutamid (Xtandi®) ist Praxisbesonderheit
- 138 Aureomycin-Augensalbe nicht mehr im Vertrieb
- 139 Allergie-Diagnostika und GOP 30110 sowie 30111

QUALITÄT

- 139 Abnahmeprüfung Sonographie

IT IN DER PRAXIS

- 140 Neuerungen zur Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- 141 Formularbedruckung

ALLGEMEINES

- 142 Ebola-Fieber: Informationen für Ärzte

SEMINARE

- 143 Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- 144 Sicher im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beim Hausbesuch
- 145 Notfalltraining für das Praxisteam
- 146 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine*

10. November 2014
Abschlagszahlung Oktober 2014

10. Dezember 2014
Abschlagszahlung November 2014

* Abschlagszahlungen im Notarztdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Bestimmung von CRP und BAK im Bereitschaftsdienst

In seinem Urteil vom 12. Dezember 2012 (Az.: B 6 KA 5/12 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass Laboruntersuchungen der Blutalkoholkonzentration (BAK) und die quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP) nicht zur Basisversorgung des Notfalldienstes (organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst) gehören. Der Arzt im Notfalldienst muss sich auf die Erstversorgung mit dem Ziel beschränken, Gefahren für Leib und Leben zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären.

Die Bestimmung der Blutalkoholkonzentration (Ähnliche Untersuchung GOP 32246) und die quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren (GOP 32460) seien für die Erstversorgung in der Regel medizinisch nicht erforderlich und sinnvoll.

Das Gericht schließt in seiner Entscheidung nicht aus, dass in besonders gelagerten Einzelfällen die Bestimmung der BAK und des CRP für erforderlich gehalten werden kann. Diese Fälle seien jedoch wegen ihres Ausnahmeharakters vom Arzt zu substantiieren.

Bitte tragen Sie in solchen Ausnahmefällen die Begründung für die medizinische Notwendigkeit der Untersuchung in das Freitextfeld (FK 5009) zur jeweiligen Gebührenordnungsposition ein.

Das Urteil des Bundessozialgerichts finden Sie auf der Internetseite des BSG unter www.bsg.bund.de in der Rubrik Entscheidungen.

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

GOPen 06334 und 06335 für IVOM

Die neuen augenärztlichen Zusatzpauschalen für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (IVOM) am Auge nach den GOPen 06334 und 06335 können nur im Zusammenhang mit solchen IVOM berechnet werden, die nach den GOPen 31371 bis 31373 oder 36371 bis 36372 und damit nach dem EBM erbracht und abgerechnet wurden. Deshalb können die Zusatzpauschalen 06334 und 06335 für IVOM, die vor dem 1. Oktober 2014 durchgeführt wurden, nicht angesetzt werden. Leistungen der Nachbehandlung nach IVOM vor dem 1. Oktober 2014 sind weiterhin privat zu liquidieren.

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

Gemeinsame Abrechnungshinweise der BLÄK und KVB zu Laborleistungen

Im Bayerischen Ärzteblatt 7-8/2014, Seite 381, hatte die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) über Fallstricke bei der Privatabrechnung von Speziallaborleistungen im Zusammenhang mit der Beachtung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung berichtet. Ergänzend haben die BLÄK und die KVB für ambulante ärztliche Laborleistungen gemeinsam folgende Abrechnungshinweise zusammengestellt. Diese sollen als schnelle Orientierungshilfe für die Praxis dienen.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

Vertragsärztliche Laborleistungen (Paragraf 25 BMV-Ä)

1. **Allgemeines Labor – EBM-Leistungen nach Kapitel 32.2**
Abrechnungsfähig sind die Leistungen, wenn sie
 - entweder **persönlich vom abrechnenden Arzt** erbracht, oder
 - vom abrechnenden Arzt **aus einer Laborgemeinschaft bezogen** worden sind, deren Mitglied er ist.
 - Beim Bezug aus einer Laborgemeinschaft rechnet der beziehende Arzt die Analysekosten (gemäß dem Anhang zum Abschnitt 32.2 EBM) durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassensärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab (sogenannte „Direktabrechnung von Laborgemeinschaften“). Die Laborgemeinschaft wird dabei als gemeinsamer Abrechnungshilfe tätig.

Leistungen des Allgemeinlabors können auch zur Erbringung an einen anderen Arzt überwiesen werden

(Paragraf 25 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 BMV-Ä, EBM Kapitel 32.2 Nr. 2). Sie können dann nur **vom Überweisungsempfänger** abgerechnet werden.

2. **Speziallabor – Leistungen nach Kapitel 32.3 EBM**

Leistungen des Speziallabors können nur **von dem Arzt abgerechnet werden, der sie selbst persönlich erbracht hat und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KV verfügt**. Überweisungen sind zulässig. Ein Bezug aus Laborgemeinschaften ist nicht zulässig (vergleiche Paragraf 25 Abs. 2 Nr. 2 BMV-Ä, EBM Kapitel 32.3 Nrn. 2 und 3).

3. Blutentnahmen sind durch die jeweiligen Versichertenpauschalen beziehungsweise Grundpauschalen abgegolten und können nicht gesondert berechnet werden.

Privatärztliche Abrechnung nach GOÄ

Paragraf 4 Absatz 2 GOÄ Sätze 1 und 2 geben den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung als Voraussetzung für die Berechenbarkeit einer ärztlichen Leistung vor: „Der Arzt kann Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.“

Dieser Grundsatz wird in den jeweiligen „Allgemeinen Bestimmungen“ zu Kapitel M und zu den einzelnen Abschnitten des Kapitels M („Laboratoriumsuntersuchungen“) detaillierter ausgeführt.

1. **Praxislabor – GOÄ-Abschnitt M-I**
Leistungen nach Abschnitt M-I (sogenannte „Vorhalteleistungen“) können nur berechnet werden, wenn die Labordiagnostik direkt beim Patienten oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenentnahme beziehungsweise Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Sie sind „nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.“ (GOÄ, Kapitel M, Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt M I)

2. **Basislabor – GOÄ-Abschnitt M II**
Leistungen nach M-II („Basislabor“) können als eigene Leistungen abgerechnet werden, wenn sie persönlich oder unter der Aufsicht eines anderen Arztes in einer Laborgemeinschaft erbracht werden. Laborgemeinschaften sind nach der – hier sinngemäß anwendbaren – Definition des Bundesmantelvertrags-Ärzte Gemeinschaftseinrichtungen von Ärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Einrichtung zu erbringen.

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Speziallabor – GOÄ-Kapitel M-III und M-IV

Abrechnungsfähig sind nur persönlich erbrachte Leistungen. Dazu sind die entsprechenden Vorgaben zur Qualifikation und – für den Fall einer Delegation im eigenen Verantwortungsbereich zur Aufsicht und fachlichen Weisung – zu den Gebietsgrenzen sowie zur Qualitätssicherung zu beachten. Ein Bezug aus Laborgemeinschaften zum Zweck der eigenen Abrechnung ist nicht zulässig.

Wird Untersuchungsmaterial zur Durchführung der Analytik an einen anderen Arzt (in der Regel Laborarzt) weitergesendet, hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung erbracht hat (GOÄ, Kapitel M, Allgemeine Bestimmung Nr. 3).

In diesem Zusammenhang ist Paragraph 4 Absatz 5 GOÄ zu beachten, nach dem der Patient vorab zu informieren ist, wenn kostenpflichtige Leistungen durch Dritte – hier den die Laborleistung erbringenden (Labor-)Arzt – erbracht werden sollen.

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht einzelner Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aufgeteilt in die betroffenen Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie.

Off-Label-Use (Anlage VI)

Teil B – Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten (Off-Label-Use) **nicht** verordnungsfähig sind – wurde um den Absatz „XV. Venlafaxin bei neuropathischen Schmerzen“ ergänzt.

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 G-BA belegen. Hier eine Übersicht der letzten G-BA-Beschlüsse:

- Canagliflozin (Invokana®) – Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dapagliflozin/Metformin (Xigduo®) – Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
- Dolutegravir (Tivicay®)
 - Für nicht antiretroviral vorbehandelte (therapienaive) Erwachsene: Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen.
 - Für nicht antiretroviral vorbehandelte (therapienaive) Jugendliche ab 12 Jahren: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.
 - Für antiretroviral vorbehandelte Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Integrase-Inhibitor die erste Therapieoption darstellt: Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen.
 - Für antiretrovirale vorbehandelte Erwachsene, für die eine Behandlung mit einem Inte-

grase-Inhibitor eine nachrangige Therapieoption darstellt: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

- Für antiretroviral vorbehandelte Jugendliche ab 12 Jahren: Ein Zusatznutzen ist nicht belegt.

Weitere Informationen 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

Neue BtM-Rezepte

In den KVB INFOS 1/2013 informierten wir Sie über neue fälschungssichere BtM-Rezepte. Seitdem wurden bei Neubestellungen sukzessive die neuen BtM-Rezepte ausgeliefert. Die Bundesopiumstelle informiert nun, dass die „alten“ BtM-Rezepte zum **31. Dezember 2014 ihre Gültigkeit verlieren**.

Was hat sich geändert?

Die neuen BtM-Rezepte tragen eine deutlich sichtbare fortlaufende, neunstellige Rezeptnummer, mit der sie dem verschreibenden Arzt eindeutig zugeordnet werden. In jeder Lieferung mit BtM-Rezepten findet sich ein Sendungsbeleg (DIN A 6 Karte), dem der Nummernkreis der gelieferten BtM-Rezepte zu entnehmen ist. Dieser Sendungsbeleg sollte unbedingt aufbewahrt und der ärztlichen BtM-Dokumentation beigelegt werden.

Insbesondere in Einrichtungen, in denen mehrere ärztliche Personen Betäubungsmittel verschreiben (zum Beispiel Gemeinschaftspraxen, MVZ, Ambulanzen), ist auf eine getrennte BtM-Dokumentation für jede ärztliche Person zu achten.

Um den aktuellen Sicherheitsanforderungen im BtM-Verkehr gerecht zu werden, werden die neuen BtM-Rezepte mit zusätzlichen Sicherheitsmerkmalen versehen. Die Echtheit eines BtM-Rezepts kann in der Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden. Unter UV-A-Licht (wie bei der Geldscheinprüfung) verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend.

Das Format des BtM-Rezepts wird grundsätzlich beibehalten. Die zu beschriftenden Felder wurden je-

doch soweit wie möglich an das aktuelle Muster 16 (Formular für das ‚Kassenrezept‘) angepasst. Somit finden sich nun auch eigene Felder für die Betriebsstätten- und Arztnummer. Zu beachten ist, dass die Randleiste, an der die drei Rezeptblätter befestigt sind, von der rechten auf die linke Seite verlegt wurde. Dies vereinfacht die Handhabung, hat aber eventuell Einfluss auf die Bedruckung der BtM-Rezepte.

Das Verfahren für die Nachbestellung von BtM-Rezepten ändert sich grundsätzlich nicht. Mit jeder Lieferung erhalten Ärzte wie bisher eine Folgeanforderungskarte für neue BtM-Rezepte. Es sollte unbedingt diese Anforderungskarte für die Bestellung von Rezepten verwendet werden. Die Folgeanforderungskarte wird in Zukunft mit einem Barcode versehen sein, der die Bearbeitung in der Bundesopiumstelle erleichtert und die Auslieferung der BtM-Rezepte erheblich beschleunigt.

Die Regelungen zum Ausfüllen von BtM-Rezepten ändern sich nicht. Hierzu lesen Sie bitte unser Verordnungsaktuell „Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung“.

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

Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)

Seit dem 29. Juli gilt die neue Medizinprodukte-Abgabeverordnung. Mit dieser hat der Gesetzgeber die Medizinprodukte-Verschreibungsverordnung und die Verordnung über Vertriebswege für Medizinprodukte zusammengefasst.

Die wichtigsten praxisrelevanten Neuerungen:

- Bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Medizinprodukten ist neben den bisher notwendigen Angaben nun auch die E-Mail-Adresse des Arztes anzugeben. Derzeit ist als verordnungsfähiges verschreibungspflichtiges Medizinprodukt nur Movicol® Junior aromafrei gelistet (Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie).
- Medizinprodukte, die nicht zur Anwendung durch Laien bestimmt sind, dürfen – unabhängig davon, ob sie rezeptpflichtig sind oder nicht – nicht mehr an den Patienten abgegeben, sondern müssen direkt an den Arzt geliefert werden, zum Beispiel Intrauterin-pessare.
- Eine ärztliche Verschreibung über ein Medizinprodukt, die zu dem Zweck ausgestellt wird, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz eingelöst zu werden, muss – neben den bisher notwendigen Angaben – nun ebenfalls die E-Mail-Adresse der verschreibenden Person sowie deren Telefon- oder Telefaxnummer unter Angabe der Ländervorwahl enthalten.

Die Angabe einer E-Mail-Adresse wurde auf Wunsch des Bundesministeriums für Justiz und Verbrau-

cherschutz als rechtlich verbindlich in die MPAV aufgenommen. Begründet wird dies mit der Patientenmobilitätsrichtlinie.

Analog zur MPAV gilt bei der Verschreibung von Arzneimitteln: Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die Angabe der E-Mail-Adresse des Arztes verpflichtend, wenn die Verordnung zu dem Zweck ausgestellt wird, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz eingelöst zu werden. In diesen Fällen ist bei der Telefon- beziehungsweise Faxnummer auch die Ländervorwahl anzugeben.

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

Enzalutamid (Xtandi®) ist Praxisbesonderheit

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Anlage XII der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) um den Wirkstoff Enzalutamid zu ergänzen. Der Beschluss trat am 20. Februar 2014 in Kraft.

Xtandi® ist seit dem 1. September 2014 ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in dem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen anzuerkennen.

Enzalutamid (Xtandi®) ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.

Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist Best-Supportive-Care (zum Beispiel adäquate Schmerztherapie). Es liegt ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen vor. Die Aussagesicherheit wird in die Kategorie Hinweis eingeordnet, da nur die Ergebnisse aus einer randomisierten, klinischen Studie (Zulassungsstudie AFFIRM) vorgelegt wurden.

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

Aureomycin-Augensalbe nicht mehr im Vertrieb

Für das Arzneimittel Aureomycin® Augensalbe 5g (Chlortetracyclinhydrochlorid, PZN 03723153) ist die fiktive Zulassung am 30. August 2014 erloschen, die Augensalbe wurde vom Markt genommen.

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Deshalb gehen die Krankenkassen vermehrt dazu über, Rückforderungsanträge für diese Arzneimittel zu stellen. Bitte achten Sie bei Ihren Verordnungen auch auf fiktiv zugelassene Arzneimittel und verzichten Sie gegebenenfalls auf diese Verordnungen, bis eine rechtskräftige Zulassung des Medikaments erfolgt ist.

Unsere aktuelle Aufstellung fiktiv zugelassener Arzneimittel 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

Allergie-Diagnostika und GOP 30110 sowie 30111

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informierte uns darüber, dass aufgrund gestiegener Kosten der Allergie-Diagnostika, insbesondere der Testkits zur Pricktestung, im Rahmen der anstehenden EBM-Weiterentwicklung eine Neubewertung der GOP 30110 und 30111 geprüft werden soll.

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

Neuerungen zur Elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Wie schon in der Oktober-Ausgabe der KVB INFOS angekündigt, können gesetzlich krankenversicherte Patienten ab 1. Januar 2015 nur noch mit der elektronischen Gesundheitskarte den Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen.

Auch Krankenversichertenkarten (KVK) mit einem längeren Gültigkeitsdatum dürfen dann nicht mehr verwendet werden. Die KVK ist nur noch für Versicherte sogenannter „Besonderer Kostenträger“ (Bundespolizei, Postbeamte A, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Grenzgänger deutsch-niederländisches Sozialversicherungsabkommen mit Wohnsitz Inland, Kriegsopferversorgung/Bundesversorgungsgesetz, Bayerische Eisenbahngesellschaft) sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig. Nachfolgend haben wir Antworten auf die wichtigsten Fragen für Sie zusammengefasst:

Erfolgt eine automatische Kartenprüfung?

Laut Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) werden technische Maßnahmen getroffen, sodass alte Karten ab Januar 2015 nicht mehr eingelesen werden können. Die KBV hat im Oktober eine Vorgabe für die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen entwickelt, aus der hervorgeht, woran die Praxisverwaltungssysteme erkennen, welche KVKen beim Einlesen abgelehnt werden. Diese Vorgabe wird in den KVDT-Anforderungskatalog aufgenommen, der für die Softwareanbieter verbindlich umzusetzen und mit dem Quartals-Update Q1/2015 in den Praxen zu implementieren ist.

Welche Kriterien gelten bei der Identitätsprüfung des Patienten?

Mit dem Foto auf der eGK hat der Gesetzgeber ein zusätzliches Sicher-

heitsmerkmal zum Schutz vor Kartenmissbrauch eingeführt. Um einem möglichen Regressrisiko bei erkennbar ungültigen Versicherungsverhältnissen vorzubeugen, wurde eine Identitätsprüfung vereinbart. Die Identitätsprüfung muss in der Praxis anhand der auf der eGK aufgebrachten Identitätsdaten (Foto, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) erfolgen. Bei eGK ohne Foto – bei Kindern unter 15 Jahren und Versicherten mit einer Pflegestufe – bezieht sich die Überprüfung auf die sonstigen optischen Identitätsmerkmale wie Alter und Geschlecht. Lässt sich die Gesundheitskarte dem Patienten nicht zuordnen, darf die Karte nicht eingelesen werden.

Wie wird verfahren, wenn die eGK erkennbar nicht dem Patienten zugeordnet werden kann?

Eine Privatvergütung kann nach Ablauf von zehn Tagen verlangt werden (Ausnahme: Notfallbehandlung), allerdings ist das unter Umständen mit unnötigem Aufwand verbunden, wenn die richtige eGK doch noch im Verlauf des Quartals vorgelegt wird. Dem bürokratischen (Mehr-)Aufwand können Sie dadurch entgehen, indem Sie eine Privatvergütung erst nach Ablauf des Quartals verlangen (das heißt, wenn eindeutig keine dem versorgten Patienten zuzuordnende eGK vorgelegt wurde).

Was ist bei Verdacht auf Missbrauch zu tun?

Bei Verdacht auf Missbrauch ist die zuständige Krankenkasse zwingend zu informieren. In solchen Fällen dürfte angezeigt sein, das weitere Vorgehen mit der Kasse abzustimmen. Wir empfehlen Ihnen, sich die mögliche Kassenanweisung schriftlich (mindestens als Fax) bestätigen zu lassen.

Wann wird das Ersatzverfahren angewendet?

Das Ersatzverfahren nutzen Sie, wenn die eGK nicht verwendet werden kann. Das ist der Fall, wenn:

- der Versicherte die Krankenkasse oder die Versichertenart gewechselt hat, aber noch die alte Karte vorlegt,
- die Karte, das Kartenterminal oder der Drucker defekt sind,
- für Hausbesuche kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung steht und keine in der Praxis vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Im Ersatzverfahren werden folgende Daten für die Abrechnung und für Vordrucke wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Rezepte benötigt:

- Krankenkasse,
- Name, Geburtsdatum und Postleitzahl des Versicherten,
- Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) und nach Möglichkeit die Krankenversicherungsnummer.

Diese Informationen können mit Hilfe der Patientenunterlagen oder durch Angaben des Versicherten erhoben werden. Im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) zu bestätigen. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird. Wenn es im weiteren Verlauf des Quartals doch noch möglich ist, die eGK des Patienten einzulesen, wird der Abrechnungsschein entsprechend aktualisiert.

Was ist zu tun, wenn die eGK bei einem erneuten Arztbesuch fehlt?

Ein Patient war im betreffenden Quartal bereits in der Praxis und hat seine eGK vorgelegt. Er kommt aber ein weiteres Mal und dabei kann die Karte nicht eingelesen werden. Dann dürfen die benötigten Daten aus der Patientenstammdatei verwendet werden, die bereits mit der eGK des Patienten bei dessen Erstbesuch eingelesen wurden.

Gilt die KVK noch für im Ausland krankenversicherte Patienten?

Ausländische Bürger, die in Deutschland wohnen und aufgrund eines Anspruchsnachweises aus einem EU- beziehungsweise EWR-Staat, der Schweiz oder einem Abkommensstaat bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind (sogenannte „Wohnortfälle“), erhalten ebenfalls eine eGK. Auch sie dürfen die alte KVK nur noch bis zum 31. Dezember 2014 verwenden.

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland hat bereits im März 2012 einen entsprechenden Hinweis an die Krankenkassen versandt. Somit ist davon auszugehen, dass (fast) alle dieser Personen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten haben. Auch für sie gelten die allgemeinen Regelungen zur eGK, dass Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, Versicherte deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist (zum Beispiel bettlägerige Personen) und Personen, bei denen sich Gründe aus der grundrechtlich geschützten Glaubens- und Gewissensfreiheit ergeben, vom Erfordernis eines Lichtbildes ausgenommen sind.

Weitere Informationen zu diesem Thema, einschließlich einer Samm-

lung unterschiedlicher Fallkonstellationen in der Praxis, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Elektronische Gesundheitskarte (eGK)*.

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

Formularbedruckung

Das Personalienfeld auf Überweisungsscheinen und anderen Formularen wurde zum 1. Oktober 2014 geändert. Der Hintergrund ist, dass die Datenverarbeitung von den Formaten der alten Krankenversichertenkarte (KVK) auf die Formate der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) umgestellt wurde. Die Änderungen waren dabei geringfügig: Lediglich das Feld „Kassen-IK“ wurde umbenannt in „Kostenträgerkennung“. Außerdem haben sich zwei Begrenzungslinien verschoben. Zudem wird in der ersten Druckzeile anstelle der bisherigen Vertragskassennummer (VKNR) zukünftig das Wohnortprinzip-(WOP-)Kennzeichen aufgedruckt. Das WOP-Kennzeichen (für Versicherte mit Wohnort in Bayern ist dies die Ziffer „71“) darf nur dann übertragen werden, wenn es genauso von der KVK oder eGK gelesen wurde. Überweisungsempfänger (zum Beispiel Laborärzte) müssen bei außerbayerischen Versicherten darauf achten, dass das WOP-Kennzeichen richtig aus der Überweisung übernommen wurde.

Die bereits im Umlauf befindlichen Formulare können weiterhin verwendet und aufgebraucht werden, sind

seit 1. Oktober 2014 jedoch nach den neuen Vorgaben zu bedrucken. Bei der Blankoformularbedruckung wurden die aktuellen Formularversionen mit dem Quartals-Update des Praxisverwaltungssystems automatisch installiert.

Alte Krankenversichertenkarten können Sie weiterhin noch bis zum 31. Dezember 2014 einlesen. Danach gilt nur noch die eGK (ausgenommen sind Krankenversichertenkarten sogenannter „Besonderer Kostenträger“). Die Änderungen bei den Vordrucken haben darauf keinen Einfluss.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik *Praxisinfo/Formulare*.

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

Ebola-Fieber: Informationen für Ärzte

Der Ebola-Ausbruch in Westafrika, der Ende Dezember 2013 in Guinea begann, hat sich seither auch nach Liberia, Sierra Leone und Nigeria (Lagos und Port Harcourt) ausgebreitet. Inzwischen ist eine Ebola-Erkrankung auch in Dakar im Senegal bei einer aus Guinea eingereisten Person aufgetreten. Insgesamt handelt es sich in Westafrika um das bisher größte, weltweit je erfasste Ebola-Ausbruchsgeschehen.

In der Demokratischen Republik Kongo (früher Zaire) sind seit August 2014 ebenfalls Ebola-Erkrankungen nachgewiesen worden, allerdings durch einen anderen Virusstamm als in Westafrika.

Die Weltgesundheitsorganisation hat eine „Gesundheitliche Notlage mit internationaler Tragweite“ festgestellt, sieht bisher aber keine Notwendigkeit für eine Ausreisebeschränkung in den genannten Ländern (Stand: Anfang Oktober 2014).

Es ist unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich, dass Reisende die Krankheit aus Afrika in andere Kontinente und auch nach Deutschland mitbringen. Das Risiko einer Ansteckung von Mitpassagieren durch einen erkrankten Fluggast wird als gering eingeschätzt. Aktuelle Informationen für Reisende in Ebola-Gebiete werden vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes angeboten.

Die Ärzteschaft wird gebeten, regelmäßig die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Ebola mit aktuellen Informationen und Hinweisen zu Maßnahmen bei einem begründeten Ebola-Verdachtsfall in Deutschland zu verfolgen: www.rki.de unter Infektionskrankheiten A-Z/Buchstabe E/Ebolafieber. Angeboten wird dort auch ein **Flussdiagramm** als

Hilfestellung für den Arzt, wann ein Verdacht auf Ebola-Fieber tatsächlich begründet ist und wie bei der ersten Abklärung unter Beachtung persönlicher Schutzmaßnahmen vorgegangen werden sollte.

Liegt ein **begründeter Verdacht** bei einem Patienten vor, informieren Sie bitte umgehend das zuständige Gesundheitsamt (www.stmgb.bayern.de in der Rubrik Ministerium/Organisation/Öffentlicher Gesundheitsdienst) sowie das zuständige Kompetenzzentrum in München (www.rki.de unter Kommissionen/Arbeitskreis STAKOB/Kompetenzzentren), um weitere Schritte zu Schutzmaßnahmen sowie zur richtigen Versorgung des Patienten und zur Labordiagnostik einzuleiten.

Gewährleistet ist eine Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch über die Integrierten Rettungsstellen in Bayern.

Direktverlinkungen zu den genannten Adressen und weiteren Informationsquellen sowie zu FAQ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Infektionen und Prävention/Infektionsschutz/Ebola-Fieber*.

Begründeter Verdachtsfall

Ein Verdachtsfall ist begründet, wenn insbesondere folgende drei Kriterien gleichzeitig erfüllt sind:

1. Fieber >38,5 Grad oder erhöhte Temperatur mit ebolatypischen Begleitsymptomen (zum Beispiel Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, starke Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Hämorrhagien) **und**
2. Aufenthalt in den vorausgegangenen 21 Tagen vor Erkrankungsbeginn (maximale Inkubationszeit) in den von Ebola in Afrika derzeit betroffenen Gebieten **und**
3. Direkter Kontakt in dieser Zeit zu Körperflüssigkeiten (zum Beispiel Blut, Urin, Stuhl, Erbrochenes, Schweiß; keine Übertragung durch Atemluft!) von Ebola-Erkrankten, -Krankheitsverdächtigen oder -Verstorbenen.

Bei Abklärung der Anamnese möglichst >1 Meter Abstand zum Patienten halten, bei weitergehenden Untersuchungen persönliche Schutzausrüstung tragen wie Handschuhe, Schutzbrille, Einmal-Schutzkittel, mindestens chirurgischer Mund-Nasen-Schutz (besser FFP3-Maske). Wenn der Verdacht begründet ist, ist der Patient vor Ort von anderen Personen räumlich zu trennen.

Das Robert Koch-Institut stellt auf seiner Internetseite ein Flussdiagramm zur Verfügung, das bei Bedarf entsprechend aktualisiert wird: www.rki.de unter der Rubrik Infektionskrankheiten A-Z/Ebolafieber/Flussschema.

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. Juni 2015, KVB Regensburg
- 22. Juli 2015, KVB München
- 18. November 2015, KVB Nürnberg

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.

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

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

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 KVB-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

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

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.

Die Seminarbroschüren für 2015 werden Mitte Dezember 2014 versendet.

KVB-Seminare

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Chirurgen/Orthopäden/Reha

Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis

Fortbildung Impfen

Gründer-/Abgeberforum

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - operativ tätige Fachärzte

Abrechnungsworkshop Hausärztliche Kinderärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - Hausärzte und Kinderärzte

Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte

Verordnungen - Workshop für Praxismitarbeiter

Kooperationen - Gemeinschaftspraxis oder MVZ? - Workshop

Abrechnungsworkshop HNO

QM-/QZ-Seminare

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

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2014 3. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2014 27. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	19. November 2014 28. November 2014 5. Dezember 2014	16.00 bis 19.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing Regensburg München
Praxisinhaber	85,- Euro	22. November 2014 29. November 2014	10.00 bis 15.00 Uhr 10.00 bis 15.00 Uhr	Straubing Würzburg
Praxisinhaber und Existenzgründer	kostenfrei	22. November 2014 29. November 2014	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2014	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014 2. Dezember 2014 10. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing Regensburg Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2014 3. Dezember 2014 4. Dezember 2014 9. Dezember 2014	14.00 bis 17.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr 16.00 bis 19.00 Uhr 14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg Bayreuth München Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	3. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	5. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	6. Dezember 2014	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	17. Dezember 2014	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und Praxismitarbeiter	220,- Euro	14. November bis 15. November 2014	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
QZ-Moderatoren, die bereits an einer Grund- oder Kompaktschulung teilgenommen haben	kostenfrei	19. November 2014	16.00 bis 20.00 Uhr	München

