

KVBIINFOS 03|16

ABRECHNUNG

- 30 Die nächsten Zahlungstermine
- 30 Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016
- 31 eGK für Asylbewerber
– Hinweise zur Abrechnung
- 32 Kniegelenk-Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt
- 33 Änderungen des EBM zum 1. Januar 2016
- 35 Änderungen des EBM zum 1. April 2016

VERORDNUNG

- 38 Wirkstoffvereinbarung:
Liste für Generikaziele
- 38 Wirtschaftliche Verordnung
von Heilmitteln
- 38 Ergänzungen der Arzneimittel-
Richtlinie
- 38 Häusliche Krankenpflege:
Ausfüllhilfe und FAQs
- 39 Voltaren Resinat® –
Eingruppierung als Original
- 39 Genehmigungspflicht für
Reha-Verordnung

QUALITÄT

- 40 Bonuszahlung für DMP
Online-Fortbildung
- 40 QS-Vereinbarung „Hörgeräte-
versorgung“
- 40 Neue QS-Vereinbarung
„Holmium-Laser“

IT IN DER PRAXIS

- 42 Aktivierung KV-Ident Plus
Token

ALLGEMEINES

- 42 Arbeitsunfähigkeits-
bescheinigung

SEMINARE

- 43 Akutsituationen im Ärztlichen
Bereitschaftsdienst
- 44 Sicher im Bereitschaftsdienst
und beim Hausbesuch
- 45 Notfalltraining für das
Praxisteam
- 46 Die nächsten Seminartermine
der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. März 2016
Abschlagszahlung Februar 2016

11. April 2016
Abschlagszahlung März 2016

29. April 2016
Restzahlung 4/2015

10. Mai 2016
Abschlagszahlung April 2016

10. Juni 2016
Abschlagszahlung Mai 2016

11. Juli 2016
Abschlagszahlung Juni 2016

29. Juli 2016
Restzahlung 1/2016

10. August 2016
Abschlagszahlung Juli 2016

12. September 2016
Abschlagszahlung August 2016

10. Oktober 2016
Abschlagszahlung September 2016

31. Oktober 2016
Restzahlung 2/2016

10. November 2016
Abschlagszahlung Oktober 2016

12. Dezember 2016
Abschlagszahlung November 2016

* Abschlagszahlungen im Notarzdienst wegen individueller Berechnung zirka fünf Tage später

Abrechnungsabgabe für das Quartal 1/2016

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 1. Quartal 2016 bis spätestens **Montag, den 11. April 2016**, online über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB“, über den Kommunikationskanal KV-Connect oder über die Telematik-Plattform der KVen D2D (Doctor-to-Doctor). 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 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 Abrechnungsabgabeter-

min erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

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

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

- *innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheides und der Richtigstellungsmittelteilung beantragt wird,*
- *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist,*
- *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

eGK für Asylbewerber – Hinweise zur Abrechnung

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

Achtung: Änderung bei Abrechnung Jugendarbeitsschutz:
Einreichung der Untersuchungsbeurteilungsscheine entfällt seit dem Abrechnungsquartal 1/2015.

Anschrift für Briefsendungen:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

Empfangsbestätigungen über den Erhalt Ihrer Abrechnungsunterlagen erhalten Sie unter der Faxnummer 09 41 / 39 63 – 1 38.

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

Notarzteinsätze über emDoc

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

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

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*.

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

Auch wenn sich die KVB gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerber ausspricht, wird diese bereits in den Bundesländern Bremen und Hamburg ausgegeben und bundesweit in zahlreichen weiteren Regionen eingeführt. Länder und Kommunen können seit Jahresbeginn die gesetzlichen Krankenkassen verpflichten, die eGK auch an Asylbewerber auszugeben, die sich **noch keine 15 Monate** in Deutschland aufhalten. Damit soll der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Betroffenen erleichtert werden. Die Landkreise können – im Gegensatz zu den Krankenkassen – nicht zum Mitmachen gezwungen werden und es ist in Bayern bisher noch kein Landkreis bekannt, der die gesetzlichen Krankenkassen zur Ausgabe der eGK aufgefordert hat.

Trotzdem kann es Fälle geben, in denen Asylbewerber mit einer eGK in die Praxis kommen. Auf diesen Karten ist bei „Besondere Personengruppe“ im Chip die Ziffer „9“ gespeichert. So kann es im Versichererstatus zum Beispiel ab sofort auch die Kombination 19 geben: Die erste Stelle steht für den Versichererstatus, also „1“ für Mitglied, die zweite für „Besonderer Personenkreis“, hier also „9“ für Asylbewerber. Daran erkennen die Praxen bereits beim Einlesen der eGK in die Praxisverwaltungssoftware (PVS), dass bei dem Patienten ein eingeschränkter Leistungsanspruch zu beachten ist.

Asylbewerber, die sich **bereits 15 Monate** im Bundesgebiet aufhalten, erhalten regelmäßig eine eGK einer gesetzlichen Krankenkasse. Diese ist im Chip als „Besondere Personengruppe“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet. Die mit „4“ gekennzeichneten

Kniegelenk-Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt

neten eGKs beinhalten einen Behandlungsanspruch, der annähernd dem der gesetzlichen Krankenkassen entspricht.

Bei Personengruppen der Ziffern „4“ und „9“ sind die Felder der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) auf der Rückseite der eGK nicht vorhanden oder ungültig gemacht.

Der Vollständigkeit halber weisen wir darauf hin, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge einen Behandlungsanspruch nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII haben, der dem Behandlungsanspruch der gesetzlichen Krankenkassen entspricht. Diese legen ebenfalls eine eGK oder einen Behandlungsausweis in Papierform vor.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 27. November 2015 in seiner Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung die Kniegelenk-Arthroskopie zur Behandlung von Patienten mit Gonarthrose deutlich eingeschränkt, nachdem in Studien keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der vom G-BA geprüften arthroskopischen Verfahren zur Behandlung der Gonarthrose gefunden werden konnten.

Eine Arthroskopie bei Patienten mit der alleinigen Diagnose Gonarthrose kann nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden (Nummer 53 der Anlage II der oben genannten Richtlinie). Die Kniegelenk-Arthroskopie ist bei Patienten mit Gonarthrose nur noch dann möglich, wenn der Eingriff wegen Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass die beim Patienten bestehenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind.

Der EBM wird mit Wirkung zum 1. April 2016 an diese Einschränkung für die therapeutischen arthroskopischen Eingriffe angepasst. Zur Klärstellung der Berechnungsfähigkeit werden entsprechende Bestimmungen in die Präambeln der Abschnitte 31.2.5 (ambulante Operationen) und 36.2.5 (belegärztliche Operationen) des EBM aufgenommen.

Den Beschluss mit den Änderungen des EBM im Detail finden Sie auf der Internetseite des Instituts des

Bewertungsausschusses unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik Bewertungsausschuss/Beschlüsse.

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

Änderungen des EBM zum 1. Januar 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 369. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2016 beschlossen. Über die wichtigsten Änderungen wurden die betroffenen Ärzte bereits gesondert informiert. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze vor.

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

Allgemeines

Ab dem 1. Januar 2016 wird eine neue Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM aufgenommen, die die Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte regelt. Für Urethro(-zysto)skopien wurde für diesen Personenkreis festgelegt, dass die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu acht Zentimeter zu berechnen sind und bei einer Urethralänge von mehr als acht Zentimeter und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra die Gebührenordnungsposition 26310 abzurechnen ist.

Hintergrund: Der Gesetzgeber hat durch das Personenstandsrechts-Änderungsgesetz das Personenstandsrecht (PStG) mit Wirkung zum 1. November 2013 geändert. Der neu aufgenommene Paragraf

22 Absatz 3 PStG sieht vor, dass die Eintragung eines Neugeborenen in das Geburtenregister ohne Angabe des Geschlechts zu erfolgen hat, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.

Radiologen und Nuklearmediziner

Mit Wirkung zum 1. Januar 2016 wurden die Diagnostische Positronenemissionstomografie (PET) und die Diagnostische Positronenemissionstomografie mit Computertomografie (PET/CT) in den EBM aufgenommen.

Die PET beziehungsweise die PET/CT ist bereits seit 18. Januar 2007 GKV-Leistung und konnte bisher im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der PET beziehungsweise PET/CT im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.

Die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen zur PET beziehungsweise PET/CT setzt eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** voraus. Bis zum Inkrafttreten der bundesweiten **Qualitätssicherungsvereinbarung** (QSV) zur PET beziehungsweise PET/CT nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V ist diese Genehmigung nach Ziffer 1 Satz 1 der Präambel zu Abschnitt 34.7 EBM **übergangsweise** auf Basis der Ziffer 14 der Anlage I der „Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erteilen. Die Richtlinie ist auf der Internet-

seite des G-BA unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationen/Richtlinien veröffentlicht.

Das **Formular für den Antrag** auf Erteilung der Genehmigung zur PET beziehungsweise PET/CT sowie die **Gewährleistungserklärung** für das PET-System finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/Positronenemissionstomografie (PET)*.

Darüber hinaus setzt die Abrechnung der GOP 34701 und 34703 sowie der GOP 34700 und 34702, sofern eine Niedrigdosis-CT durchgeführt wird, eine durch die KVB erteilte **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung der **Computertomografie** nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie voraus (vergleiche Ziffer 2 der Präambel zum Abschnitt 34.7 EBM).

F-Fluordesoxyglukose-PET des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomografie (CT)

■ GOP 34700 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	
EBM-Bewertung	4.456 Punkte
Preis BÉGO*	465,03 €

■ GOP 34701 - mit diagnostischer CT	
EBM-Bewertung	5.653 Punkte
Preis BÉGO*	589,95 €

F-Fluordesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomografie (CT)

■ GOP 34702 - bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	
EBM-Bewertung	3.565 Punkte
Preis BÉGO*	372,05 €

- **GOP 34703 - mit diagnostischer CT**
EBM-Bewertung 4.523 Punkte
Preis B€GO* 472,02 €

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

Für die Abrechnung der GOPen 34700, 34701, 34702 und 34703 ist Folgendes zu beachten

- Für die Durchführung und Abrechnung der PET beziehungsweise PET/CT sind die Vorgaben der Anlage 1 Nummer 14 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) des G-BA zu beachten: Danach darf die PET beziehungsweise PET/CT nur bei den in **Paragraf 1** geregelten, zugelassenen Indikationen und unter Beachtung der allgemeinen und indikationsbezogenen zusätzlichen Anforderungen nach den **Paragrafen 2 bis 5** erbracht werden.
- Im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- GOP 34700 und 34702 können auch abgerechnet werden, wenn keine Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-CT besteht.
- Die GOPen 34700 beziehungsweise 34701 sind im Behandlungsfall neben den GOPen 34702 beziehungsweise 34703 nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.
- GOP 34701 und 34703 sind nicht berechnungsfähig, wenn im Behandlungsfall eine diagnostische CT des Körperstammes beziehungsweise von Teilen des

Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn das CT in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

- GOP 34700 im Behandlungsfall ist nicht neben GOP 34701 berechnungsfähig.
- GOP 34702 im Behandlungsfall ist nicht neben GOP 34703 berechnungsfähig.

GOP 40584 – Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 bei Verwendung von F-Fluordesoxyglukose
Preis B€GO 255,00 €

- In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich Transportkosten enthalten

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „**“ gekennzeichnet.

Redaktionelle Änderungen

Ab dem 1. Januar 2016 kann zusätzlich zu den Leistungen des Abschnitts 8.4 auch die Gebührenordnungsposition 08231 (Zusatzpauschale Geburtshilfe) am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen 31304/36304, 31305/36305 und 31307/36307 (OPS-Codes 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8) abgerechnet werden. Da die GOP 08231 von uns automa-

tisch zugesetzt wird, ergeben sich für Sie keine Änderungen bei der Abrechnung.

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

Änderungen des EBM zum 1. April 2016

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 369. Sitzung und der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 42. Sitzung Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2016 beschlossen. Nachfolgend stellen wir Ihnen diese in Kürze vor.

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

Aufnahme von Gebührenordnungspositionen für die Telemedizin

NEU: GOP 01438 – Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04417 oder 13554

EBM-Bewertung 88 Punkte
Preis B€GO* 9,18 €

- dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- nur berechnungsfähig, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 04417 oder 13554 abgerechnet wurde
- auch neben den Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben der haus-/fachärztlichen Bereitschaftspauschale nach der GOP 01435 berechnungsfähig

NEU: GOP 04417 – Telemedizinische Kontrolle eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

EBM-Bewertung 511 Punkte
Preis B€GO* 53,33 €

- GOP 04417 und 04418 sind in Summe fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- in der gleichen Sitzung nicht neben der Kontrolle eines Herzschrittmachers nach der GOP 04418 berechnungsfähig
- im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig:

- Chronikerpauschalen (GOPen 04220 und 04221)
- nicht-operativ belegärztliche Gebührenordnungspositionen 36881 (Pneumologischer Komplex), 36882 (Kardiologischer Komplex), 36883 (Zuschlag für die Laufband-Ergometrie)
- Leistungen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4.2 (GOPen 04430 bis 04439) und 4.4.3 (GOPen 04441 bis 04443) und den Pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung des Abschnitts 4.5 (GOPen 04511 bis 04580)

Die Ausnahmeregelungen für pädiatrische schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften beziehungsweise Pädiater mit mehreren Schwerpunkten/Zusatzzeichnungen zur Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten (5.1 beziehungsweise 6.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM) gelten auch hier.

- Die Berechnung der GOP 04417 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 04418 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

NEU: GOP 13554 - Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (RCT-P, CRT-D)

EBM-Bewertung 279 Punkte
Preis B€GO* 29,12 €

- berechnungsfähig von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie sowie von fachärztlich tätigen Internisten mit Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung
 - GOP 13552 und 13554 in Summe fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig
 - in der gleichen Sitzung nicht neben GOP 13552 berechnungsfähig
 - im Behandlungsfall nicht neben folgenden Leistungen berechnungsfähig
 - nicht-operativ belegärztliche Gebührenordnungspositionen 36881 (Pneumologischer Komplex), 36882 (Kardiologischer Komplex), 36883 (Zuschlag für die Laufband-Ergometrie)
 - Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung: GOPen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437 bis 13439, 13500 bis 13502, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13700, 13701
- Die Ausnahmeregelung für internistische schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften beziehungsweise Internisten mit mehreren Schwerpunkten/*

Zusatzbezeichnungen zur Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten (5.1 beziehungsweise 6.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM) gilt auch hier.

- Die Berechnung der GOP 13554 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 13552 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung sind nicht im EBM abgebildet und damit nicht berechnungsfähig.

Genehmigungspflicht der Gebührenordnungspositionen 04417 und 13554

Die Berechnung der GOPen 04417 und 13554 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Herzschrittmacherkontrolle beziehungsweise nach der (noch einzuführenden) Vereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie voraus. Darüber hinaus ist für die Berechnung der GOPen 04417 und 13445 ein Nachweis über die Erfüllung der Vorgaben in der (noch zu schließenden) Vereinbarung zu technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die telemedizinische Funktionsanalyse erforderlich. **Über die einzureichenden Anträge und Nachweise werden wir Sie gesondert informieren.**

Anpassungen der Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552

Die Gebührenordnungspositionen 04418 und 13552 für die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators wurden im Zusammenhang mit der Einführung telemedizinischer Leistungen in den EBM **um die Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD) erweitert**. Zur Klarstellung, dass die Kontrollen nach den GOPen 04418 und 13552 nicht telemedizinisch durchführbar sind, wurde ein **persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt als obligater Leistungsinhalt** ergänzt. Außerdem wurde der **bisherige Zusatz „auch mittels telemetrischer Abfrage“ gestrichen**.

Neuaufnahme von Operationsverfahren zur Holmium-Laserresektion (HoLRP) und Holmium-Laserenukleation (HoLEP)

Mit Wirkung zum 1. April 2016 wurden neue Operationsverfahren zur Holmium-Laserresektion (HoLRP) und Holmium-Laserenukleation (HoLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) in den EBM aufgenommen.

Die HoLRP und die HoLEP gehören bereits seit 16. Dezember 2010 zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und konnten bisher im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden. **Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung der HoLRP und der HoLEP im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise Privatliquidation mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht mehr möglich ist.**

Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung des bPS nach GOP 36289 und 36290 EBM ist eine durch die KVB erteilte **Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS** nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V. Die **Antragsformulare** und das Formular für die **Gewährleistungserklärung** des Herstellers zum Lasergerät finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare und Anträge/H/Holmium-Laser*. Den Antrag nach Übergangsregelung können Sie stellen, wenn Sie bereits vor dem 1. April 2016 Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben (zum Beispiel im Wege der Kostenerstattung). Sollte dies nicht der Fall sein, stellen Sie bitte einen Neuantrag. Bitte beachten Sie, dass zur Abrechnung der neuen Leistungen darüber hinaus eine **Belegarztgenehmigung** vorliegen muss.

Die Nummer 3 der Präambel 40.1 wurde konkretisiert. Die Kosten, die im Rahmen der Verwendung eines Holmium-Lasers entstehen, sind bei belegärztlichen Leistungen mit den Belegarzt-DRGs abgegolten.

Neu: GOP 36289 – Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3 mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten

EBM-Bewertung 2.108 Punkte
Preis B€GO* 220,00 €

- Die Durchführung der Leistung hat gemäß den Nummern 17 beziehungsweise 18 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erfolgen.

Neu: GOP 36290 – Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289

EBM-Bewertung 364 Punkte
Preis B€GO* 37,99 €

- nur berechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung die GOP 36289 abgerechnet wurde
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit, aber höchstens dreimal je Eingriff berechnungsfähig

Neu: GOP 36829 – Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-

Zeit bei Verlängerung eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289 entsprechend dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36290

EBM-Bewertung 191 Punkte
Preis B€GO* 19,93 €

- Nur berechnungsfähig, wenn in derselben Sitzung die GOP 36823 für die Narkose/Anästhesie für die Holmium-Laser-Enukleation oder Holmium-Laser-Resektion abgerechnet wurde. Der OPS-Code ist in der Feldkennung 5035 anzugeben.
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- In derselben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01913, 02100, 02101, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36820 berechnungsfähig.

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

Anhang 2 EBM – Neuaufnahme und Löschung von OPS-Codes

Mit Wirkung zum 1. Januar 2016 ist der Operationenschlüssel Version 2016 in Kraft getreten. In den Anhang 2 zum EBM werden mit Wirkung zum 1. April 2016 neue OPS-Codes aufgenommen und OPS-Codes gestrichen.

Die Übersicht der neu aufgenommenen und gestrichenen OPS-Codes finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/BEGO - EBM/ Weitere Informationen*.

Anhang 3 EBM

Im Zusammenhang mit der Neuaufnahme beziehungsweise Änderung von Gebührenordnungspositionen werden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM angepasst. Die Gebührenordnungspositionen 01438, 04417, 13554, 36289, 36290 und 36829 werden in Spalte 1 als Ausschlussleistung zur PFG mit „*“ gekennzeichnet.

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

Aufnahme von OPS-Codes in den Anhang 2						
OPS-Code	Seite	Bezeichnung OPS	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Narkose
5-601.70	N	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostata-gewebe: Holmium-Laser-Enukleation	RW3	36289	36505	36823
5-601.71	N	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostata-gewebe: Holmium-Laser-Resektion	RW3	36289	36505	36823

Tabelle 1

Wirkstoffvereinbarung: Listen für Generikazeile

Auf unserer Internetseite finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Arzneimittel/Wirkstoffvereinbarung* zu jedem einzelnen Generikazeile eine sogenannte „Arbeitsliste“, Stand drittes Quartal 2015. Die „Arbeitslisten“ helfen Ihnen, Generika von Originalen zu unterscheiden und geben Ihnen Hinweise auf Rabattverträge, sofern Ihnen Ihre Arzneimittelsoftware diese Informationen nicht bereits liefert.

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

Wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln

Die Kosten im Bereich der Heilmittel steigen stetig an. Die Heilmittelverordnungen sind daher ständig im Fokus der gesetzlichen Krankenkassen, die entsprechende Prüfverfahren initiieren.

Um Sie bei der Verordnung von Heilmitteln zu unterstützen, haben wir im Internet eine Checkliste zur wirtschaftlichen Verordnung zusammengestellt. Diese finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen/Heilmittel/Verordnung Aktuell zu Heilmitteln*.

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

Ergänzungen der Arzneimittel-Richtlinie

Verordnungsfähige Medizinprodukte (Anlage V)

Für AMO™ ENDOSOL™ wird die Befristung bis zum 1. November 2018 verlängert. Für Amvisc™, Amvisc™ Plus, Bausch&Lomb Balanced Salt Solution, DK-line®, Oktaline™, Ocu-Coat®, Oxane® 1300 und Oxane® 5700 wird die Befristung auf den 20. Oktober 2020 geändert. Für Isomol®, Movicol®, Movicol® flüssig Orange, Movicol® Junior aromafrei und Movicol® Junior Schoko wird die Befristung bis 27. Januar 2021 verlängert.

Die Medizinprodukte

- BSS NL250/NL500
- Dr. Deppe EndoStar®-Lavage
- Globance® Lavage
- Globance® Lavange Apfel
- Jacutin® Pedicul Fluid
- Macrogol AL
- Macrogol STADA®

wurden **gestrichen**.

Frühe Nutzenbewertung (Anlage XII)

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

Hier eine Übersicht der letzten im Bundesanzeiger veröffentlichten G-BA-Beschlüsse:

- Afatinib
- Dimethylfumarat - Änderung qualitätsgesicherte Anwendung
- Eliglustat
- Insulin degludec/Liraglutid
- Ivermectin
- Lenvatinib

- Lomitapid
- Olaparib
- Ruxolitinib -neues Anwendungsgebiet
- Safinamid
- Secukinumab
- Sofosbuvir – Aufhebung der Befristung der Geltungsdauer
- Vortioxetin

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

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

Häusliche Krankenpflege: Ausfüllhilfe und FAQs

Unter www.kvb.de finden Sie in der Rubrik *Verordnungen/Formelles/Häusliche Krankenpflege* die Ausgabe der Publikation Verordnung Aktuell „Ausstellen einer Verordnung: Häusliche Krankenpflege (Muster 12)“ sowie „FAQs zur Verordnung einer häuslichen Krankenpflege (HKP)“.

Die Ausfüllhilfe soll Sie beim korrekten Ausfüllen des Musters 12 unterstützen. Die FAQs erklären Begriffe aus der Richtlinie und beantworten Ihre Fragen aus der täglichen Praxis. Unsere FAQs werden auf Basis der von Ihnen häufig gestellten Fragen ergänzt und entsprechend aktualisiert.

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

Voltaren Resinat® – Eingruppierung als Original

Der pharmazeutische Unternehmer NOVARTIS hat bereits zum 1. Juni 2015 den Apothekeneinkaufspreis für alle drei verfügbaren Packungsgrößen der Voltaren Resinat® Hartkapseln um zum Teil knapp 50 Prozent erhöht. Eine Information an die KVB, die dieses Präparat wegen seiner Kostengünstigkeit innerhalb der Wirkstoffvereinbarung wie ein Generikum behandelte, ist leider nicht erfolgt. Die Brutto-Verkaufspreise liegen nun deutlich **über dem Festbetrag**.

Folglich gilt die Voraussetzung für eine Behandlung als Generikum nach Anlage 7 „Vorgaben zu Besonderheiten bei der Zielberechnung“, Punkt 2 der Wirkstoffvereinbarung, nicht mehr. Aufgrund der Kennzeichnung als Originalpräparat (gemäß den Angaben des Wissenschaftlichen Instituts der AOK) können Verordnungen über Voltaren Resinat® Hartkapseln somit einer Zielerreichung entgegenstehen. Dies betrifft das Ziel 8 Antiphlogistika/Antirheumatika der Wirkstoffvereinbarung. Diese Umkodierung ist ab dem ersten Quartal 2016 gültig.

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

Genehmigungspflicht für Reha-Verordnung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Rehabilitations-Richtlinie zum 1. April 2016 geändert. Bei Redaktionsschluss war der Beschluss des G-BA noch nicht in Kraft. Hier die wichtigsten Änderungen im Überblick:

Maßnahmen zur Rehabilitation werden künftig direkt auf dem Muster 61 verordnet. Ein Vorabantrag an die kostentragende Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich. Der Vordruck Muster 60 entfällt. Damit wird der Entbürokratisierung in der Praxis Rechnung getragen.

Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob die gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger (zum Beispiel Rentenversicherung) für die Bewilligung der Reha zuständig ist, können Sie dies vorab von der Krankenkasse klären lassen. Hierzu wird es einen Teil A auf dem Vordruck Muster 61 geben. Die Verordnung „medizinische Reha“ erfolgt auf Teil B bis D des Vordrucks Muster 61. Der neue Vordruck Muster 61 kann über den Kohlhammer-Verlag bezogen werden. Die gegebenenfalls noch in Ihren Praxen vorhandenen Vordrucke des Musters 60 vernichten Sie bitte.

Ebenso entfällt die Genehmigungspflicht für die Verordnung von Reha-Leistungen. Künftig kann jeder Vertragsarzt medizinische Rehabilitation über Vordruck Muster 61 verordnen. Ein Qualifikationsnachweis ist nicht mehr erforderlich. Zwar erfordern die Beratung und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nach den Weiterbildungsordnungen weitestgehend Gegenstand

der ärztlichen Weiterbildung sind. Diese Kenntnisse sollten jedoch erweitert und vertieft werden. Dazu werden wir Ihnen mindestens einmal jährlich Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird hierzu Informationsmaterialien zusammenstellen, die wir Ihnen ebenfalls auf unserer Internetseite zur Verfügung stellen werden. In Paragraph 8 der Richtlinie ist festgelegt, was im Vordruck Muster 61 zur Rehabilitationsbedürftigkeit insbesondere auszuführen ist, nämlich:

- welche Befunde zu den rehabilitationsbegründenden Schädigungen erhoben wurden,
- welche Maßnahmen der Krankenbehandlung (ärztliche Intervention, Arzneimitteltherapie, Heilmittel, Psychotherapie) oder sonstigen Leistungen in Anspruch genommen wurden,
- in welchem Umfang Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder Teilhabebeeinträchtigungen drohen,
- welche umwelt- und personenbezogenen Faktoren (einschließlich mütter- und väterspezifischer Kontextfaktoren bei Leistungen nach Paragraph 41 SGB V) einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verordnung haben,
- welche medizinischen Risikofaktoren bestehen.

Bitte beachten Sie, dass – wie bisher – auch künftig die medizinische Versorgung der Reha-begründenden Erkrankung (zum Beispiel mit Arzneimitteln) durch die Reha-Einrichtung sichergestellt werden muss.

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

Bonuszahlung für DMP Online-Fortbildung

Für die erfolgreiche Absolvierung der Online-Fortbildung „Diabetes – vom Befund zur Diagnose“ auf Cura Campus® erhalten Ärzte, die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnehmen, einen einmaligen Bonus in Höhe von 50,- Euro. Darüber hinaus erhalten sie einen CME-Fortbildungspunkt.

Bitte setzen Sie in dem Quartal, in dem Sie die Fortbildung durchgeführt und nach Prüfung bestanden haben, in Ihrer Honorarabrechnung die Nummer 92280 für einen Versicherten (egal welcher Krankenkasse) an. Der Bonus wird Ihnen einmalig pro LANR mit Ihrem Honorarbescheid ausgezahlt. Die Möglichkeit des Erwerbs des Bonus besteht bis zum 31. Dezember 2016. Unter www.curacampus.de steht Ihnen die Fortbildung ab sofort zur Verfügung.

QS-Vereinbarung „Hörgeräteversorgung“

Bislang musste der jährliche Nachweis der messtechnischen Kontrolle der Medizinprodukte zur Bestimmung der Hörfähigkeit (Ton- und Sprachaudiometer) gemäß Paragraf 11 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung sowohl in der Fachabteilung „Abrechnung“ als auch im Rahmen der Hörgeräteversorgung zusätzlich in der Fachabteilung „Qualitätssicherung“ eingereicht werden.

Dieser **doppelte Aufwand entfällt** künftig: Ärzte mit einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten müssen diesen Nachweis zusammen mit den Abrechnungsunterlagen nur noch an folgende Anschrift senden:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Quartalsabrechnung
93031 Regensburg

Neue QS-Vereinbarung „Holmium-Laser“

Am 1. April 2016 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser in Kraft. Zeitgleich werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 36289, 36290 und 36829 aufgenommen (siehe Seite 35). Der Holmium-Laser-Eingriff kann als Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP) oder als Holmium-Laser-Resektion (HoLRP) der Prostata durchgeführt werden.

Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der neuen Leistungen ist eine durch die KVB erteilte **Belegarztgenehmigung** und eine **Genehmigung nach der QSV Holmium-Laser** bei bPS. Die Genehmigung kann auf zwei Wegen beantragt werden:

Antrag nach Übergangsregelung

Dieser Antrag ermöglicht einen Zugang zur Genehmigung unter erleichterten Voraussetzungen, wenn bereits **vor dem 1. April 2016** Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden (zum Beispiel im Wege der Kostenerstattung). Nachzuweisen sind in diesem Fall

- die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung sowie Dokumentation von 30 Holmium-Laser-Behandlungen bei bPS **innerhalb von zwei Jahren** vor Antragstellung und
- die apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen nach den Paragrafen 4 und 5 QSV. Abweichend von Paragraf 4 genügt der Nachweis eines Geräts mit einer maximalen Leistung von mindestens **50 W**

(bestätigt durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers).

Die Einzelheiten können dem Antragsformular unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/H/Holmium-Laser-Behandlung/Antrag nach Übergangsregelung* entnommen werden. Dort ist auch das Formular für die Gewährleistungserklärung eingestellt. Der Antrag nach Übergangsregelung muss **spätestens bis 30. September 2016** gestellt werden. Danach sind nur noch Neuanträge möglich. Wenn die Voraussetzungen der Übergangsregelung erfüllt werden und der entsprechende Antrag gestellt wird, können die neuen Leistungen ab 1. April 2016 abgerechnet werden, bis über den Antrag entschieden wird (siehe Paragraph 10 Absatz 2 QSV). Dennoch sollte auch der Antrag nach der Übergangsregelung so schnell wie möglich eingereicht werden, damit die Genehmigung zeitnah erteilt werden kann.

Neuantrag

Sofern die Durchführung und Abrechnung der Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei bPS in der vertragsärztlichen Versorgung **erstmalig** erfolgen soll, ist ein Neuantrag zu stellen. In diesem Fall sind folgende Voraussetzungen nachzuweisen:

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Urologie
- Durchführung von mindestens **40** Holmium-Laser-Behandlungen bei bPS (HoLEP/HoLRP) **unter Anleitung** in einer Einrichtung. Die Anleitung muss durch einen Arzt erfolgt sein, der mindestens 100 HoLEP/HoLRP selbstständig durchgeführt hat, zum Zeitpunkt der Anleitung diese Leistungen regelmäßig er-

bringt und in dessen Einrichtung mindestens 30 Eingriffe pro Jahr durchgeführt werden, und

- die apparative, räumliche und organisatorische Anforderung nach den Paragraphen 4 und 5 QSV gegeben sind. Das Gerät muss über eine maximale Leistung von mindestens **80 W** verfügen (bestätigt durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers).

Näheres kann dem Antragsformular sowie der Gewährleistungserklärung unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Formulare/H/Holmium-Laser-Behandlung/Neuantrag beziehungsweise Gewährleistungserklärung* entnommen werden. Die Leistungen können erst ab Erteilung des Genehmigungsbescheids durchgeführt und abgerechnet werden.

Die QSV sieht darüber hinaus vor, dass folgende **organisatorische** Voraussetzungen (siehe Paragraph 5 QSV) erfüllt werden:

- Sicherstellung einer **postoperativen Nachbeobachtung** von mindestens 24 Stunden durch qualifiziertes Fachpersonal (Fachgesundheits- beziehungsweise Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege oder Gesundheits-/Krankenpfleger mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich Anästhesiologie/Intensivmedizin) sowie die durchgehende **Verfügbarkeit eines Facharztes**, für dessen Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungszeit von mindestens sechs Monaten im Bereich Intensivmedizin vorgeschrieben ist, und
- Gewährleistung einer intensivmedizinischen Behandlung im Bedarfsfall. Wird mit einer Zielklinik mit Intensivstation koope-

riert, muss der Patient innerhalb von 30 Minuten in diese Zielklinik verbracht werden können.

Die Indikation und die Durchführung der Holmium-Laser-Behandlung ist nach definierten Vorgaben prä-, intra- und postoperativ zu dokumentieren (siehe Paragraph 6 QSV).

Für alle Holmium-Laserbehandlungen bei bPS muss nach Paragraph 7 QSV eine **zusammenfassende Jahresstatistik** nach festgelegten Vorgaben erstellt werden. Die Datenübertragung dieser Angaben erfolgt in einem **elektronischen** Dokumentationsverfahren und ist jeweils bis zum 31. März des Folgejahres bei der Datenannahmestelle einzureichen. Die Verpflichtung zur Datenerfassung für die erste Jahresstatistik beginnt am **1. Oktober 2016**. Hierzu werden in den nächsten Wochen weitere Informationen veröffentlicht.

Den Volltext der QSV können Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Holmium-Laser bei bPS* abrufen.

Aktivierung KV-Ident Plus Token

Zwischen den Jahren haben uns viele Anrufe von Mitgliedern erreicht, die ihre Online-Abrechnung nicht einreichen konnten, weil ihr neuer KV-Ident Plus Token noch nicht aktiviert, die alte KV-Ident Gridkarte aber bereits abgelaufen ist. Daher bitten wir alle Mitglieder, die einen KV-Ident Plus Token von uns erhalten haben oder diesen noch erhalten werden, dringend Folgendes zu beachten: **Der KV-Ident Plus Token muss mithilfe einer noch gültigen KV-Ident Gridkarte aktiviert werden.**

Seit August 2015 erhalten Ärzte und Psychotherapeuten, die bisher KV-Ident genutzt haben, zehn Wochen vor Ablauf ihrer KV-Ident Gridkarte automatisch einen KV-Ident Plus Token zugesandt. **Dieser Token muss mithilfe der KV-Ident Gridkarte aktiviert werden.** Dies ist eine Anforderung des Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, die gewährleistet, dass kein Unbefugter durch den Wechsel auf KV-Ident Plus Zugang zu Ihren Patienten- und Praxisdaten erhält.

Voraussetzung für die Aktivierung ist, dass die KV-Ident Gridkarte noch gültig ist. Wie sich herausgestellt hat, haben viele Ärzte und Psychotherapeuten versäumt, ihren KV-Ident Plus Token vor Ablauf der KV-Ident Gridkarte zu aktivieren. Dadurch kam es bei unserer Telefonberatung zu einem deutlich erhöhten Anruferaufkommen.

Wenn Ihre KV-Ident Gridkarte demnächst ausläuft und Sie Ihren KV-Ident Plus Token von uns erhalten, empfehlen wir Ihnen, diesen möglichst schnell zu aktivieren und die VPN-Software zu installieren. Nur dann können Sie Ihre Abrechnungsunterlagen reibungslos einreichen.

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

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Zum 1. Januar 2016 wurde der Vordruck zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) Muster 1 geändert. Der Vordruck „Krankengeldauszahlungsschein“ Muster 17 ist entfallen. Außerdem wurde die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angepasst. Bei Redaktionsschluss war der Beschluss noch nicht in Kraft.

Hierzu einige Hinweise:

- Die Möglichkeit, ausnahmsweise rückwirkend eine AU auszustellen, wurde von zwei auf drei Tage verlängert.
- Da der Krankengeldauszahlungsschein entfallen ist und die AU nunmehr nicht nur für Zeiten der Entgeltfortzahlung, sondern auch für Zeiten des Krankengeldbezugs auszustellen ist, muss der Durchschlag Muster 1b für den Arbeitgeber auch für Zeiten des Krankengeldbezugs zur Verfügung gestellt werden.
- Eine Vordatierung der AU-Bescheinigung auf den Folgetag ist nicht zulässig. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte nach Erbringung der Arbeitsleistung den Arzt aufsucht und – beginnend ab dem Folgetag – seiner Arbeit nicht nachgehen kann. Auch in diesem Fall sind die Feststellung und der Beginn der AU ab dem Untersuchungstag auszustellen, und nicht erst ab dem nächsten Arbeitstag. Davon zu unterscheiden ist, dass der Zeitraum für die Entgeltfortzahlung arbeitsrechtlich erst an dem Tag beginnt, an dem die Arbeitsleistung krankheitsbedingt nicht erbracht werden kann.
- Auf der AU Muster 1 soll der Arzt bescheinigen, wenn ihm bekannt ist, dass es sich um einen Krankengeldfall handelt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Zeitraum der Entgeltfortzahlung

Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(nach regelmäßig sechs Wochen) ausgelaufen ist oder wenn noch kein Entgeltfortzahlungsanspruch bei einem neuen Beschäftigungsverhältnis besteht. Der Arzt gibt mit dieser Angabe lediglich einen Hinweis an die Krankenkasse, bestätigt aber nicht das Vorliegen eines Krankengeldfalls.

- Krankenhausärzte dürfen im Rahmen des Entlassmanagements AU-Bescheinigungen Muster 1 für bis zu sieben Tage ausstellen. Dagegen darf Muster 1 vom Krankenhausarzt nicht für den stationären Aufenthalt ausgestellt werden.
- Bei Vordruck Muster 1 handelt es sich um ein vertragsärztliches Formular. Dies darf nur bei GKV-Versicherten, nicht jedoch bei Privatpatienten verwendet werden. Ist bei Privatpatienten eine AU erforderlich, erfolgt diese als privatärztliches Attest.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 - 2 03
 Fax 09 11 / 9 46 67 - 6 62 03
 E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

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 Seminarkonzept 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:

- 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 2015)
- 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:

- 12. März 2016
KVB Regensburg
- 7. Mai 2016
KVB Würzburg
- 11. Juni 2016
KVB München
- 2. Juli 2016
KVB Bayreuth
- 24. September 2016
KVB Nürnberg
- 26. November 2016
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:

- 16. März 2016
KVB Regensburg
- 4. Mai 2016
KVB Bayreuth
- 22. Juni 2016
KVB Würzburg
- 21. September 2016
KVB Augsburg
- 12. Oktober 2016
KVB Nürnberg

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.40 Uhr

Termine Modul III:

- 20. April 2016
KVB Augsburg
- 1. Juni 2016
KVB Bayreuth
- 27. Juli 2016
KVB Regensburg
- 26. Oktober 2016
KVB Würzburg
- 16. November 2016
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:

- 6. Juli 2016
KVB München
- 30. November 2016
KVB Nürnberg

Neu: Modul V (Repetitorium)

- Ausrüstung im Bereitschaftsdienst
- taktisches Vorgehen beim Hausbesuch
- Management der Bereitschaftspraxis
- telefonische Beratung und ihre Tücken
- Infektion und Hygiene
- sichere Kommunikation im Bereitschaftsdienst
- symptomorientiertes Handeln und typische Fallbeispiele aus verschiedenen Fachgebieten
- Rechtliches

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 85,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 14.00 Uhr

Termine Modul V:

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Mai 2016
KVB Regensburg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 11. Juni 2016
KVB München
9.30 bis 14.30 Uhr
- 16. Juli 2016
KVB Würzburg
9.30 bis 14.30 Uhr
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
16.00 bis 21.00 Uhr
- 10. Dezember 2016
KVB Straubing
9.30 bis 14.30 Uhr

Sicher im 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 allein und unvorbereitet ausgesetzt.

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

Themenschwerpunkte

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

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.30 Uhr

Termine

- 13. April 2016
KVB Nürnberg
- 1. Juni 2016
KVB Regensburg
- 6. Juli 2016
KVB München
- 28. September 2016
KVB Nürnberg
- 12. Oktober 2016
KVB Würzburg

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 in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweisen
- Theorie und Praxis der kardio-pulmonalen 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)

Termine

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

- 9. April 2016
KVB Nürnberg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. April 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 4. Juni 2016
KVB Bayreuth
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 23. Juli 2016
KVB Regensburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 1. Oktober 2016
KVB Würzburg
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
13.30 bis 17.30 Uhr
- 12. November 2016
KVB München
9.00 bis 12.45 Uhr *oder*
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/KVB-Seminare für
den Ärztlichen Bereitschaftsdienst.*

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu Seminaren

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

Informationen zu Qualitätszirkeln

(QZ) erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 09 11 / 9 46 67 – 2 21
09 11 / 9 46 67 – 3 36

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

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

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

Gebühr

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

Fortbildungspunkte

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

Seminare

Abrechnungsworkshop - Chirurgen, Orthopäden, Reha
Abrechnungsworkshop - Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater
Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt
Kompaktkurs für ärztliche Qualitätszirkel-Moderatoren
QEP® - Einführungsseminar
QEP® - Einführungsseminar
Datenschutz in der Praxis
Erste Basics für MFA Hautärzte
Grundlagenwissen KV-Abrechnung Hausärzte und Kinderärzte
Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Kinderarztpraxen
Gründer-/Abgeberforum
Kompaktkurs für psychotherapeutische Qualitätszirkel-Moderatoren
Abrechnungsworkshop - Augenärzte
Abrechnungsworkshop - Frauenärzte
Grundlagenwissen KV-Abrechnung - konservativ tätige Fachärzte
DMP-Fortbildung für Schulungspersonal - Diabetes/KHK
DMP - Diabetes mellitus TYP 2: eintägige Eingangsfortbildung
Intensivseminar Kooperationen - BAG oder MVZ
Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen
Abrechnungsworkshop - Hautärzte
Die Online-Dienste der KVB in Theorie und Praxis
Erste Basics für MFA HNO
Regionales Moderatorentreffen Qualitätszirkel
Abrechnungsworkshop - Hausärztliche Praxen mit Kinderarztpraxen
Qualitätsmanagement für Einsteiger
Hautkrebscreening
Alles rund ums Arbeitsrecht

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	15. März 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. März 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
		6. April 2016	15.00 bis 17.30 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	2. April 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	1. April 2016	15.00 bis 20.30 Uhr	Nürnberg
		2. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	2. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	6. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber/Existenzgründer	kostenfrei	9. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		23. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Würzburg
		23. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	110,- Euro	9. April 2016	9.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		27. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	13. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Straubing
		20. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	45,- Euro	15. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
DMP-Ärzte	80,- Euro	16. April 2016	9.00 bis 15.15 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	16. April 2016	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	19. April 2016	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	16.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. April 2016	14.00 bis 18.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	20. April 2016	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	21. April 2016	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	22. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	160,- Euro	23. April 2016	9.00 bis 17.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	27. April 2016	15.00 bis 19.00 Uhr	München

