

# KVBINFOS 1109

Mit offiziellen Rundschreiben der KVB, die auch Bekanntmachungen enthalten

## ABRECHNUNG

- 154 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009
- 154 Ausgliederung der Laborleistungen bei GOP 01732 und 01734
- 155 Erbringen von Anästhesieleistungen
- 156 Verwendung von Vordruckmustern
- 156 Sachkosten mit der Kennzeichnung „T“ und „W“
- 159 Genetische Diagnostik
- 159 Jobsharing-Obergrenzen

## VERORDNUNGEN

- 159 Verordnungsfähige Medizinprodukte
- 160 Arzneikostenfrühinformation für Ihre Praxis

## QUALITÄT

- 161 Zuschuss für QM-Beratungen
- 161 Histopathologie Hautkrebscreening

## PRAXISFÜHRUNG

- 162 KVB vermittelt Praxisvertreter

## ALLGEMEINES

- 163 „Chronische Herzinsuffizienz“ im DMP KHK
- 163 Neufassung DMP-Brustkrebs-Vertrag
- 163 Chronische Niereninsuffizienz
- 164 Alkoholmissbrauch von Jugendlichen
- 164 Abmahnung wegen Pandemie-Broschüre

## SEMINARE

- 165 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 166 Die nächsten Seminartermine der KVB

## EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2009

Mit Wirkung zum 3. Oktober 2009 wurden die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien neu gefasst. Die Richtlinien wurden hierbei im Wesentlichen redaktionell angepasst und neu gegliedert. Sie finden die aktuelle Fassung auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Auf Grund der Neugliederung wurden auch die im EBM enthaltenen Verweise auf die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien geändert. Eine Anpassung der Verweise wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2009 für die Bestimmungen der Präambeln 1.7.2 Nr. 2 und 10.3 Nr. 2 sowie für die Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen 01730, 01731, 01733, 01734, 01735, 01745, 01746, 10343 und 10344 beschlossen.

Die Veröffentlichung des Beschlusses mit den Änderungen im Detail erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 41, 2009.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*

E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## AUSGLIEDERUNG DER LABORLEISTUNGEN BEI GOP 01732 UND 01734

Wie in den KVB INFOS 9/2009 bereits angekündigt, wurden kurz vor dem In-Kraft-Treten der EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2009 noch Korrekturen der Beschlüsse zur Ausgliederung der Laborleistungen aus den Leistungskomplexen „Gesundheitsuntersuchung“ (GOP 01732) und „Untersuchung auf Blut im Stuhl“ (GOP 01734) vorgenommen. Die Veröffentlichung dieser neuen Beschlüsse mit den Leistungslegenden und Abrechnungsregelungen im Detail erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 41, 2009. Sie finden sie auch auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/BËGO-EBM* unter „Sonderrundschreiben“.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die wichtigsten Regelungen aus der jetzigen Beschlussfassung dar, die unsere Ausführungen in den KVB INFOS 9/2009 ersetzen:

### **GOP 01734 – Keine Ausgliederung von Laborleistungen**

- Die Laboruntersuchung auf Blut im Stuhl bleibt auch nach dem 1. Oktober 2009 weiter Leistungsinhalt der GOP 01734. Auf die Schaffung einer eigenen Laborpauschale GOP 32892 wird verzichtet.
- Zur Klarstellung, dass die Diagnostik ausschließlich in der Arztpraxis erfolgt, die auch die Testbriefchen an den Patienten ausgibt, wird der obligate Leistungsinhalt um die „Ausgabe der Testbriefchen“ erweitert.
- Die Bewertung bleibt wie bisher bei 70 Punkten (Preis BËGO: 2,45 Euro).

### **GOP 01732 – Eigene Laborpauschalen für Urinuntersuchung und die quantitative Bestimmung von Glucose und Cholesterin**

Für die bisher in der Komplexleistung der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) enthaltenen Laborparameter wurden eigene Pauschalen geschaffen.

**Laborpauschalen** für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung):

#### **GOP 32880 0,50 Euro**

Orientierende Untersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (GOP 32030) unter Nutzung eines Teststreifens

#### **GOP 32881 0,50 Euro**

Quantitative Bestimmung von Glukose (GOP 32057)

#### **GOP 32882 0,25 Euro**

Quantitative Bestimmung von Cholesterin (GOP 32060)

### **Anforderung und Abrechnung bei Laborgemeinschaften**

Die Laborparameter zu der Untersuchung nach GOP 01732 können seit dem 1. Oktober 2009 mit Muster 10A bei Laborgemeinschaften angefordert und von diesen direkt abgerechnet werden.

### **Anforderung bei Laborgemeinschaften**

- Kreuzen Sie das Feld „Präventiv“ an.
- Markieren Sie die zutreffenden Parameter in den entsprechenden Feldern des Musters 10A (Cholesterin: Feld 19, Glukose: Feld 28, Urinstatus: Feld 55). Ein Eintrag der Pauschalen 32880 bis 32882 in das Feld „Sonstiges“ ist nicht erforderlich.
- Werden neben den präventiven Parametern für die Gesundheitsuntersuchung für den Patienten auch kurative Laborparameter nach Abschnitt 32.2 angefordert, kann die

se Anforderung auf demselben Muster 10A-Schein erfolgen. Bitte kreuzen Sie auch in diesem (Misch-) Fall nur das Feld „Präventiv“ an.

#### Hinweis:

Eine weitere Vereinfachung der Anforderung bei Laborgemeinschaften durch die Anpassung des Musters 10A ist für das zweite Quartal 2010 geplant.

### Abrechnung durch Laborgemeinschaften

- Die Laborgemeinschaft rechnet für die angeforderten Parameter im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung die jeweils zutreffenden Laborpauschalen 32880 bis 32882 ab.
- Gegebenenfalls gleichzeitig angeforderte kurative Parameter nach Abschnitt 32.2 sind wie bisher abzurechnen.

### Abrechnung bei Erbringung im eigenen Labor

Bei Erbringung im eigenen Labor können die Laborpauschalen 32880 bis 32882 neben der GOP 01732 berechnet werden.

### Auftragsüberweisung an ein Labor

Die Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung können auch als Auftragsleistungen mit Muster 10 (Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen) an ein Labor überwiesen werden. Tragen Sie hierzu in Muster 10 die jeweils zutreffenden Laborpauschalen 32880 bis 32882 ein und kreuzen Sie das Feld „Präventiv“ an.

### Die neuen Laborpauschalen sind berechnungsfähig von

- allen Fachärzten, die nach der Präambel ihres Kapitels Leistungen des Kapitels 32 abrechnen können,

- Hausärzten nach Kapitel 3.

#### GOP 01732

Die Bewertung für die Gesundheitsuntersuchung ändert sich von 885 auf **855 Punkte** (Preis B€GO neu: **29,93 Euro**).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
 E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## ERBRINGEN VON ANÄSTHESIELEISTUNGEN

Die Durchführung von Anästhesieleistungen ist wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefahr für den Patienten und wegen etwaiger unvorhergesehener Reaktionen ausschließlich dem Arzt vorbehalten. Der Arzt muss sie unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen.

Eine generelle, dienstplanmäßig festgelegte Delegation anästhesiologischer Leistungen ist mit einer größtmöglichen Sicherheit des Patienten unvereinbar. Bei einer geplanten Narkose ist nicht von einem Notfall auszugehen. Die Durchführung von Parallelnarkosen im täglichen Operationsalltag ist daher grundsätzlich nicht zulässig.

Die Anästhesieleistungen des EBM können nur abgerechnet werden, wenn die obligaten Leistungsinhalte vom Vertragsarzt vollständig und persönlich erbracht wurden. Nur in absoluten Ausnahme-/Notfällen und unter Berücksichtigung der situativen Umstände kann der Arzt während einer unproblematisch ablaufenden Anästhesie und unter Berücksichtigung der Anästhesie-Art sowie des Zustands des Patienten kurzfristig dem Pflegepersonal die Überwachung des Patienten übertragen. Voraussetzung für die Übertragung ist die entsprechende Qualifikation des Pflegepersonals. Darüber hinaus muss ein Ruf- oder Sichtkontakt zwischen dem Anästhesisten und der Pflegekraft zwingend gegeben sein.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
 E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## VERWENDUNG VON VORDRUCKMUSTERN

Auf Vordrucke für Verordnungen, Bescheinigungen und Auskünfte in der vertragsärztlichen Versorgung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Vordruckvereinbarung verständigt.

Dies bedeutet, dass diese Vordrucke, die von den Krankenkassen finanziert werden, auch nur für die Versorgung im Rahmen der GKV verwendet werden dürfen. Dazu gehört nicht die Versorgung von Privatpatienten, also Selbstzahlern und privat Krankenversicherten, aber auch GKV-Versicherten, die IGeL-Leistungen oder private Wahltarife in Anspruch nehmen. Bitte verwenden Sie in diesen Fällen Privatrezepte oder stellen Sie privatärztliche Atteste aus, falls solche vom Patienten benötigt werden. Das Ausstellen rechnen Sie bitte gegenüber dem Patienten nach GOÄ ab.

Bitte beachten Sie auch, dass Sie sich immer dann, wenn GKV-Patienten privat behandelt werden, zum Beispiel bei IGeL-Leistungen, **vor** der Behandlung eine schriftliche Einverständniserklärung mit Unterschrift geben lassen. Darin bestätigt der Patient, dass er die Behandlung auf eigene Kosten wünscht und er darauf aufmerksam gemacht wurde, dass eine Kostenerstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht erfolgt. Ein Muster für eine solche Erklärung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/IGeL/Privatliquidation*. Die Rechnungsstellung für die Privatleistungen erfolgt in diesen Fällen nach der GOÄ.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
 E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## SACHKOSTEN MIT DER KENNZEICHNUNG „T“ UND „W“

Im Rahmen der Vereinbarung zur Abrechnung von Röntgen-, MRT- und Ultraschallkontrastmitteln können bestimmte Sachkosten mit der Buchstabenkennzeichnung „T“ beziehungsweise „W“ angesetzt werden. Dabei ist die Abgrenzung zur Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten, unter anderem im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, nicht immer einfach. Wie also errechnen sich die Kosten und wie müssen sie eingetragen werden?

### Buchstabenkennzeichnung „T“ für Spezialinfusionskatheter einschließlich Zubehör, ausgenommen Kanülen

#### Vertragliche Grundlage

„1.3 a) Die tatsächlich entstandenen Kosten für Spezialinfusionskatheter einschließlich Zubehör, ausgenommen Kanülen – gekürzt um Rabatte jeglicher Art (Jahres- und/oder Naturalrabatte) – für Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 08341 (bei Hysterosalpingo-Kontrastsonographie), 33043 (bei Hysterosalpingo-Kontrastsonographie), 33044, 34248 (bei Dünndarmkontrastuntersuchung nach Sellink), 34257, 34260, 34283, 34286 (bei Embolisation, Dilatation und Rekanalisation), 34290, 34293, 34294, 34296, 34297, 34343, 34344, 34345, 34452 sind auf dem Behandlungsausweis als Eurobetrag mit der Buchstabenkennzeichnung „T“ unter Angabe des jeweils verwendeten Katheters abzurechnen.“

#### Vorsicht: Fehlabbrechnung!

#### Beispiel 1

Die Praxis trägt ins Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „T“ ein, ins Feld 5012 die Eurobeträge und ins Feld 5009 den Firmennamen (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

#### Beispiel 2

Die Praxis rechnet die GOPs 34283 (Serienangiographie), 34285 (Zuschlag selektive Darstellung anderer Gefäße), 34286 (Zuschlag Intervention), 34287 (Zuschlag Verwendung eines C-Bogens) ab. Zusätzlich trägt die Praxis im Feld 5009 die Begründung „Ultra Thin Ballon Kath.“, im Feld 5011 die Buchstabenkennzeichnung „T“ (Spezialinfusionskatheter) ein, und im Feld 5012 den Eurobetrag von 167,93 (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

### Buchstabenkennzeichnung „W“ für größere Mengen an Kontrastmittel, die mit den vorhandenen Pauschalen nicht abgerechnet werden können

#### Vertragliche Grundlage

„1.7 Werden in Ausnahmefällen größere Mengen der Kontrastmittel benötigt, als die jeweiligen Pauschalen zu den Gebührenordnungsnummern vorgesehen, können die Kosten mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ abgerechnet werden. Zur Ermittlung des Eurobetrags sind die Beträge aus der Anlage Teil A, B, C, D und E unter Berücksichtigung der tatsächlich benötigten KM-Menge zugrunde zu legen. Die Abrechnung ist besonders zu begründen. Zusätzlich ist das verwendete Kontrastmittel mit Menge und Konzentration anzugeben.“

#### Wie ermitteln sich die Beträge?

1. Es gibt bei anderen Abrechnungsnummern Pauschalen mit einer größeren Menge

Sie möchten bei der Ausscheidungsurographie (GOP 34255) mehr als 100 ml verwenden? Vorhanden ist jedoch nur eine Abrechnungsmöglichkeit von maximal 100 ml:

**34255D** 100 ml 320-400  
 mit Begründung 32,31 Euro

\* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

Das gleiche Kontrastmittel wird auch bei der Serienangiographie (GOP 34283) verwendet. Hierfür gibt es jedoch auch Abrechnungsmöglichkeiten für 150 ml oder 200 ml:

**34283I** 150 ml 320-400  
mit Angabe der Anzahl der Serien  
49,08 Euro

**34283K** 200 ml 320-400  
mit Angabe der Anzahl der Serien  
63,40 Euro  
Bei der Verwendung von 150 ml sind mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ also 49,08 Euro, bei 200 ml 63,40 Euro abrechnungsfähig.

2. Es gibt bei anderen Abrechnungsnummern keine Pauschalen mit einer größeren Menge

Sie möchten bei der durchleuchtungs-gestützten Intervention bei PTC (GOP 34500) 40 ml verwenden. Vorhanden ist jedoch nur eine Abrechnungsmöglichkeit von maximal 30 ml:

**34500A** 10 ml 300  
9,08 Euro

**34500B** 20 ml 270-300  
14,88 Euro

**34500C** 30 ml 300  
21,58 Euro

Bei der Verwendung von 40 ml ist mit der Buchstabenkennzeichnung „W“ der Betrag von 29,76 Euro abrechnungsfähig (zweimal 20 ml = 2 x 14,88 Euro).

### Vorsicht Fehlabrechnung!

#### Beispiel 3

Die Praxis rechnet die GOP 34294 (Phlebographie) und die dazugehörige RKM-Pauschale 34294C (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 240-300 mg/ml)

ab. Aber zusätzlich zur RKM-Pauschale trägt die Praxis noch im Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „W“ ein, im Feld 5012 den Eurobetrag und im Feld 5009 die Begründung „125 ml RKM“ (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

#### Beispiel 4

Die Praxis rechnet die GOPs 34340 (CT Oberbauch) und 34344 (Zuschlag Dynamische Serien) ab, sowie die dazugehörigen RKM-Pauschalen 96002B (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 270-300 mg/ml) und 96023A (RKM bariumhaltig, bis zu 500 ml). Aber zusätzlich trägt die Praxis noch im Feld 5011 die Buchstabenbezeichnung „W“ ein und im Feld 5012 den Eurobetrag (**siehe Tabelle auf Seite 158**).

Bitte beachten Sie, dass die Kosten der übrigen für die Kontrastmitteleinbringung notwendigen Infusionsbestecke (auch Einmalinfusionsbestecke), Einmalspritzen beziehungsweise Einmalinfusionskatheter und Einmalinfusionsnadeln in den Pauschalbeträgen enthalten sind. Für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter und Einmalinfusionsnadeln gilt dies abweichend vom Inhalt der Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Sie können neben den Pauschalbeträgen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bezogen werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

**Beispiel 1 (fehlerhaft, weil anstatt des geforderten Katheternamens der Firmenname eingetragen ist)**

	Falsch	Richtig
Feld 5011	T	T
Feld 5012	Eurobetrag	Eurobetrag
Feld 5009	Name der Firma	Name des jeweils verwendeten Spezialinfusionskatheters

**Beispiel 2 (fehlerhaft, weil eine falsche Abrechnungskennung eingetragen ist)**

	Falsch	Richtig
Feld 5011	T	L046
Feld 5012	167,93 Euro	167,93 Euro
Feld 5009	Ultra Thin Ballon Katheter	Ultra Thin Ballon Katheter

**Beispiel 3 (fehlerhaft, weil bei Mehrbedarf an ml die GOP und der Eurobetrag falsch eingetragen sind)**

	Falsch	Richtig
Feld 5001	34294C (RKM nicht-ionisch, 240-300 mg/ml, 100 ml)	Kein Eintrag
Feld 5011	W	W
Feld 5012	8,07 Euro	Eurobetrag für 100 ml aus RKM-Pauschale 34294C (28,58 Euro) <i>plus</i> Eurobetrag für 25 ml aus RKM-Pauschale 34294A (16,13 Euro : 2) <i>ergibt</i> 28,58 Euro + 8,07 Euro = 36,65 Euro
Feld 5009	125 ml RKM	Verwendetes RKM (z. B. Ultravist), Menge (125 ml), Konzentration (240-300 mg/ml), Begründung (z. B. erhöhtes Körpergewicht)

**Beispiel 4 (fehlerhaft, weil die Eintragung der Abrechnungsnummer und der Summe Eurobetrag falsch sind)**

	Falsch	Richtig
Feld 5001	96002C (RKM nicht-ionisch, 100 ml, 270-300 mg/ml) 96023C (RKM bariumhaltig, 500ml)	Kein Eintrag
Feld 5011	W	W
Feld 5012	3,73 Euro	Benötigte Menge 125 ml: Eurobetrag für 100 ml aus RKM-Pauschale 96002B (28,58 Euro) <i>plus</i> Eurobetrag für 25 ml aus RKM-Pauschale 96002A (16,13 Euro : 2) <i>ergibt</i> 28,58 Euro + 8,07 Euro = 36,65 Euro  oder Benötigte Menge 1.000 ml: Eurobetrag für 500 ml aus RKM-Pauschale 96023A (3,73 Euro) mal 2 <i>ergibt</i> 3,73 Euro + 3,73 Euro = 7,46 Euro
Feld 5009	Keine Begründung	Verwendetes RKM (z. B. Omnipaque oder Micropaque) Menge (125 ml oder 1.000 ml) Konzentration (270-300 mg/ml oder 500 ml) Begründung

## GENETISCHE DIAGNOSTIK    JOBSHARING- OBERGRENZEN

Mit Hilfe der so genannten DNA-Mikroarray-Technik („DNA-Chips“, „Bio-Mikrochips“) können bis zu mehrere tausend verschiedene Gene oder das ganze Genom gleichzeitig auf Mutationen in der DNA untersucht werden. Diese gentechnische Diagnostik mit DNA-Chips stellt eine neue Untersuchungsmethode dar, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht anerkannt ist. Sie kann deshalb nicht als vertragsärztliche Leistung berechnet werden.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

Seit 1. Januar 2009 unterliegen alle Leistungen – außer Prävention und Impfungen – der Jobsharing-Obergrenze (siehe auch unser Rundschreiben vom 17. Februar 2009). Diese Regelung betrifft jedoch nicht die ärztlichen Leistungen im Notarztdienst. Nehmen Sie als niedergelassener Vertragsarzt in einer Jobsharing-Gemeinschaftspraxis am Notarztdienst teil, brauchen Sie bezüglich dieser Leistungen nicht auf die Jobsharing-Obergrenzen zu achten.

Anders verhält es sich im organisierten Bereitschaftsdienst, also der vertragsärztlichen Versorgung zur sprechstundenfreien Zeit: Hier werden alle Leistungen in die Jobsharing-Obergrenzen mit einbezogen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## VERORDNUNGSFÄHIGE MEDIZINPRODUKTE

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen, die als Medizinprodukte zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden können und damit verordnungsfähig sind.

Die verordnungsfähigen arzneimittelähnlichen Medizinprodukte werden seit 1. Juli 2008 in einer Art „Positivliste“ als Anlage zur Arzneimittel-Richtlinie veröffentlicht. Der G-BA ergänzt diese fortlaufend; allein von Januar bis September 2009 elfmal. Die aktuelle Version der Liste finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Sonstiges „M“*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31\*  
E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)

## ARZNEIKOSTENFRÜHINFORMATION FÜR IHRE PRAXIS

Mit der Arzneikostentrendmeldung stellen wir Ihnen zeitnah praxis- und fachgruppenbezogene Informationen über die Kosten und die Struktur Ihrer Arzneimittelverordnungen zur Verfügung.

Die Berichtsdaten sollen Sie bei der Arzneikostensteuerung unterstützen. Sie können daraus quartalsbezogen die von Ihnen veranlassenden Verordnungskosten ablesen und diese mit den Durchschnittswerten Ihrer Fachgruppe vergleichen.

Die Qualität der bereitgestellten Daten ist von zwei wesentlichen Faktoren abhängig.

### 1. Vollständigkeit der Abrechnungs- und Verordnungsdaten

Verordnungskosten im Rahmen von Selektivverträgen sind in den von den Apothekenrechenzentren gelieferten Daten enthalten. Bei Abrechnungen, die nicht über die KVB erfolgen, fehlen diese Fälle für den statistischen Vergleich. Für die Fachgruppen der hausärztlichen Internisten und der Allgemeinärzte werden daher ab dem Quartal 2/2009 keine fallbezogenen Durchschnittswerte berechnet und ausgewiesen.

### 2. Qualität der von den Apothekenrechenzentren gelieferten Verordnungsdaten

Mit der feldgenauen Bedruckung der Rezepte unterstützen Sie die maschinenlesbare Erfassung der Rezepte durch die Rechenzentren der Apotheken. Im September haben wir rund 2.200 Praxen angeschrieben, deren unvollständige Verordnungsdaten zum Sprechstundenbedarf uns von den Apothekenrechenzentren übermittelt wurden. Anhand der zahlreichen Rückmeldungen und der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Rezeptimages haben wir folgende Fehlerquellen ausgemacht:

#### ■ Unvollständige oder fehlende Kostenträger-/Patientendaten

korrekt:

Kassen-Nr. 9-stellig  
*Beispiel 108310400 AOK Bayern*  
Geburtsdatum 8-stellig mit Punkt  
*Beispiel 01.05.51*

#### ■ Alte Vordrucke

Das Muster 16a für Sprechstundenbedarf wurde im Juli 2008 neu aufgelegt.

Im neuen Vordruck gibt es die Felder Betriebsstätten-Nr. – Arztnummer – Ausstellungsdatum. Bei Verwendung des alten Musters 16a sind im Feld „Vertagsarzt-Nr“ die Betriebsstättennummer (BNSR) und die Lebenslange Arztnummer (LANR) einzutragen.

#### ■ Unvollständige oder fehlende Praxisdaten beziehungsweise falsche Reihenfolge der Praxisdaten

korrekt (von links nach rechts):

Betriebsstätten-Nr. 9-stellig – Arztnummer 7-stellig – Ausstellungsdatum

Hier ist auf einen Leerraum zwischen BSNR, LANR und Datum zu achten, Trennzeichen wie „-“ oder „/“ innerhalb oder zwischen den Zahlen lösen beim Einlesen der Rezepte Fehluordnungen aus.

#### ■ Handschriftlich ausgefüllte Rezepte

sind oft unvollständig und nicht maschinenlesbar. Um qualitativ hochwertige Vergleichsdaten, auch nach Altersklassen, zur Verfügung stellen zu können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Bitte prüfen Sie die Qualität Ihrer Ausdrücke regelmäßig. Zertifizierte Softwareanbieter verwenden den Schrifttyp Courier 10 Zeichen/Zoll für maschinenlesbare Rezeptdaten.

#### ■ Statusfelder 6, 7, 8 und 9 – fehlende oder ungenaue Kennzeichnung

Kennzeichnungen mit „X“ können nicht sicher zugeordnet werden. Daher sieht die Vordruckvereinbarung die Eintragung der entsprechenden Ziffer vor. Beim Rezept für Sprechstundenbedarf (Muster 16a) ist die „9“ fett eingedruckt, nur bei Hilfsmittel oder Impfstoffen ist eine zusätzliche Kennzeichnung durch Eindringen oder Nachfahren der Ziffer erforderlich.

Ein automatischer Abgleich mit Ihrer BSNR in der Fußzeile, Ihrem Praxis-eindruck beziehungsweise Ihrem Praxisstempel findet nicht statt. Diese Daten ermöglichen der KVB eine spätere Nachvollziehbarkeit der eingelesenen Praxisdaten. Bitte beachten Sie auch, dass individuelle Hinweise auf der Rückseite einer Verordnung später nicht mehr gelesen werden können. Diese Angaben gehen mit dem Einlesen der Rezepte verloren.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter

Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 30\*

Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 31\*

E-Mail [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de)



## ZUSCHUSS FÜR QM-BERATUNGEN

Unter bestimmten Umständen ist es möglich, dass Zuschüsse des Bundes für Beratungsleistungen und Weiterbildungen im Bereich Qualitätsmanagement beantragt werden können. Die KVB hat keinen Einfluss auf die Vergabe der Finanzmittel. Nähere Informationen zu Antragstellung, Voraussetzungen und Ablauf erfahren Sie im Internet unter [www.leitstelle.org](http://www.leitstelle.org).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [QM-Beratung@kvb.de](mailto:QM-Beratung@kvb.de)

## HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBSSCREENING

Am 1. Oktober 2009 tritt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebscreening in Kraft. Die Vereinbarung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung*.

Abrechnungsberechtigt sind alle Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Pathologie“ oder mit der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“, sofern sie die geforderten fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen.

### Wichtige Information für alle Ärzte, die eine Exzision durchführen:

Wenn Sie dem Pathologen oder Dermatohistologen Befundpräparate zusenden, denken Sie bitte daran anzugeben, dass es sich um eine Exzision im Rahmen des Hautkrebscreenings handelt.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## KVB VERMITTELT PRAXISVERTRETER

Ob Urlaub, Krankheit, Weiterbildung, Wehrübung – es gibt verschiedene Gründe und Anlässe, die eine Praxisvertretung erforderlich machen.

Die KVB bietet für alle Regionen und Fachgruppen in Bayern einen Vertretermittlungsservice an. Wie kurzfristig oder wie lange Sie eine Praxisvertretung brauchen, spielt dabei keine Rolle. Beachten Sie bitte lediglich, dass Sie uns die Vertretung anzeigen oder sich genehmigen lassen.

### Wer kann Sie vertreten?

Sie können sich durch einen niedergelassenen Kollegen oder alternativ durch einen bereits in Ihrer Praxis tätigen Kollegen vertreten lassen. Wichtig ist, dass derjenige, der für Sie einspringt, Arzt mit Facharztanerkennung Ihrer Fachrichtung ist und damit die Voraussetzung für eine Arztregistrierung erfüllt. Außerdem sollte er möglichst über dieselben Befähigungen und Qualifikationen verfügen wie Sie. Bestimmte Leistungen sind nur vergütungsfähig, wenn auch der Vertreter die notwendigen fachlichen Qualifikationen besitzt. Sie sollten sich daher von ihm die entsprechenden Nachweise im Original vorlegen und in beglaubigter Kopie aushändigen lassen.

### Wie finden Sie einen Vertreter?

Hierfür wenden Sie sich bitte telefonisch an einen unserer Präsenzberater, alternativ auch per Mail an [Praxisfuehrungsberatung@kvb.de](mailto:Praxisfuehrungsberatung@kvb.de). Entsprechend Ihren gewünschten Anforderungen suchen unsere Berater in unserer Vertretervermittlungsdatei passende Kandidaten aus und vermitteln den Erstkontakt. Dieser Service ist für alle Beteiligten selbstverständlich kostenfrei. Alles Weitere regeln Sie direkt mit Ihrem Vertreter.

### Sie haben Ihre Vertretung auf eigene Faust geregelt?

Bei positiven Erfahrungen informieren Sie Ihren Vertreter bitte über unseren Vermittlungsservice, damit er sich dort eintragen lassen kann und wir ihn vermitteln können. Je umfassender das Angebot ist, desto besser können wir zukünftige Vermittlungswünsche erfüllen.

### Weitere Informationen zur Praxisvertretung

- Wichtige Regelungen zum Thema Praxisvertretung finden Sie in unserem Merkblatt im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Zulassung/Merkblätter/Vertreter*.
- Ein Formular, um Ihre Abwesenheit ab einer Dauer von acht Tagen zu melden, finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Abwesenheitsmeldung*.
- Einen Antrag auf Beschäftigung eines Vertreters in Ihrer Praxis finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Formulare/Vertretergenehmigung*.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Präsenzberater. Deren Kontaktdaten finden Sie im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Service & Beratung/Beratung/Präsenzberater Praxisführung*.

## „CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ“ IM DMP KHK

Das DMP KHK wurde auf Grund bundeseinheitlicher Vorgaben zum 1. Juli 2009 um den Baustein „Chronische Herzinsuffizienz“ erweitert. Hierbei handelt es sich nicht um ein eigenständiges DMP-Programm, sondern um ein ergänzendes Modul, für das keine Neueinschreibung seitens des Arztes oder Patienten erforderlich ist. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Versorgung der Patienten, die neben einer Koronaren Herzkrankheit auch an Chronischer Herzinsuffizienz leiden, weiter zu verbessern.

Derzeit ist die Teilnahmemöglichkeit an diesem Modul in Bayern noch nicht vertraglich geregelt. Daher sollten Sie bei Dokumentationen für das DMP KHK im Feld „Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz“ noch grundsätzlich „nein“ angeben. Diese Regelung gilt so lange, bis der DMP-Vertrag entsprechend angepasst wurde. Die Umsetzung erfolgt bis spätestens Mitte nächsten Jahres. Sobald dies der Fall ist, erhalten Sie von uns alle notwendigen Informationen.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## NEUFASSUNG DMP-BRUSTKREBS-VERTRAG

Zum 1. Oktober 2009 ist eine Neufassung des DMP-Brustkrebsvertrags in Kraft getreten. Diese ist auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Neue Versorgungsformen/DMP* für Sie bereitgestellt. Neu ist, dass ermächtigten Ärzten nun die Möglichkeit zur Koordination eröffnet wird, falls entsprechender Bedarf besteht. Ansonsten ändert sich für den einzelnen Arzt im DMP Brustkrebs jedoch nichts: Die Neuerungen sind vor allem redaktioneller Art und sorgen unter anderem für eine einheitlichere Strukturierung der verschiedenen DMP-Verträge.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## CHRONISCHE NIERENINSUFFIZIENZ

Seit dem 1. Juli 2009 ist die zeitgerechte Einleitung der „Konsiliarischen Kooperation“ durch den behandelnden Arzt bei Patienten mit nephritischem und/oder nephrotischem Syndrom, angeborener und/oder chronisch progredienter Nierenerkrankung mit einem nephrologisch tätigen Arzt genau definiert. Dieser Anhang (9.1.6 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV) konkretisiert die konsiliarische Kooperation hinsichtlich der betroffenen Patientengruppen sowie die Ausgestaltung der ärztlichen Maßnahmen zur Vorbeugung einer terminalen Niereninsuffizienz. Einzelheiten hierzu finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Rechtsquellen/Bundemantelverträge.

Fragen beantwortet Ihnen  
Jacqueline Sack  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 33 37  
E-Mail [Jacqueline.Sack@kvb.de](mailto:Jacqueline.Sack@kvb.de)

## ALKOHOLMISSBRAUCH VON JUGENDLICHEN

Der Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen bis hin zur Alkoholintoxikation hat dramatisch zugenommen. Deshalb hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen ausdrücklich auf Art. 14 Abs. 6 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) hingewiesen: Ärzte, Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, gewichtige Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen, die ihnen im Rahmen ihrer Berufsausübung bekannt werden, unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen.

Im speziellen Fall der Alkoholintoxikation liegt eine Vernachlässigung im Sinne der Vorschrift vor, wenn ein Kind oder Jugendlicher wegen massiver oder wiederholter Selbstschädigung durch Alkoholmissbrauch medizinisch behandelt werden muss und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass seine Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden.

Das Staatsministerium bittet deshalb alle Ärzte, denen Indikatoren für Alkoholmissbrauch auffallen, immer wieder zu prüfen, wie den Kindern und Jugendlichen geholfen werden kann. Der Arzt sollte dem Jugendlichen die Risiken des Alkoholmissbrauchs aufzeigen, ihn zur Einsicht bewegen und ihn auffordern, sich gegebenenfalls professionelle Hilfe zu suchen. Weitere Informationen zum Kinder- und Jugendschutz finden Sie unter [www.jugendschutz.bayern.de](http://www.jugendschutz.bayern.de) sowie [www.kinderschutz.bayern.de](http://www.kinderschutz.bayern.de).

Bei Fragen erreichen Sie uns unter  
 Telefon 0 18 05 / 90 92 90 – 10\*  
 Fax 0 18 05 / 90 92 90 – 11\*  
 E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de)

## ABMAHNUNG WEGEN PANDEMIE-BROSCHÜRE

Wir möchten an dieser Stelle darüber informieren, dass die Broschüre „Influenza-Pandemie – Risikomanagement in Arztpraxen“ der Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Berufsgenossenschaft (BG) für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege derzeit von der Firma IMACO GmbH missbräuchlich für eigene Werbezwecke eingesetzt wird. Aus Sicht der gemeinsamen Rechtsabteilung der BÄK und der KBV nimmt die Firma IMACO GmbH zum Zwecke der Eigenwerbung und Absatzförderung eigener Produkte auf unzulässige Weise Bezug auf die oben genannte Broschüre. Ihre Gestaltung suggeriert dem Arzt, dass die BÄK, KBV und der BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hinter diesem Unternehmen stünden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Wettbewerbszentrale hat gegenüber der IMACO GmbH bereits eine Abmahnung ausgesprochen.

## FORTBILDUNG „AKUTSITUATIONEN IM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST“

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer bieten wir Ihnen praxisorientierte Veranstaltungen an, die speziell auf den Ärztlichen Bereitschaftsdienst ausgerichtet sind. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf.

Ihre Vorteile:

- Zielgruppenorientierung
- Aktuelle, umsetzbare Lösungen statt Schubladenkonzepten
- Praktisches Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul II)
- Erfahrene Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkte
- Begleitmaterial

Zielgruppen:

- Vertragsärzte, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen oder teilnehmen möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter oder im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (unter bestimmten Voraussetzungen zur Teilnahme an Fortbildungen verpflichtet!)
- Sonstige interessierte Ärzte

### Modul I:

- Kardiozirkulatorische Nofälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation
- Richtlinien der Bundesärztekammer sowie des European Resuscitation Council (ERC)
- Praktische Übungen in Form eines Mega-Code-Trainings in Kleingruppen

**Fortbildungspunkte:** 8

**Teilnahmegebühr:** 90,- Euro

**Uhrzeit:** 9.00 – 16.30 Uhr

### Termin:

Samstag, 28. November 2009  
KVB-Bezirksstelle Schwaben

### Modul II:

Keine weiteren Termine in 2009

### Modul III:

- Fallbeispiele aus dem und für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Wichtige Aspekte zur Leichenschau
- Informationen zu Abrechnung, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

**Fortbildungspunkte:** 3

**Teilnahmegebühr:** 40,- Euro

**Uhrzeit:** 17.00 – 20.30 Uhr

### Termin:

Mittwoch, 18. November 2009  
KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Weitere Informationen zu dieser Fortbildung erhalten Sie unter  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89.

Das Anmeldeformular finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst*.

## DIE NÄCHSTEN SEMINARTERMINE DER KVB

### Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 18 05 / 90 92 90 – 65\*

### Informationen zu QM-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern 09 11/ 9 46 67 – 3 36 oder 09 11/ 9 46 67 – 3 28

### Anmeldung und weitere Seminare

Anmeldeformulare und weitere Veranstaltungen finden Sie in unseren Seminarbroschüren 2009 und im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Fortbildung*.

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 66\*

### 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.

\* 14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus Mobilfunknetzen

### KVB-Seminare

Die Zukunft heißt „Online“ – die Online-Dienste der KVB

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Die Privatabrechnung in der ärztlichen Praxis

Abrechnungsworkshop Kinderärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Info-Tag: Praxisabgeber (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und -gestaltung

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Starter-Tag: Alles rund um Ihren Start (Psychotherapeuten)

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

Abrechnungsworkshop HNO-Ärzte

Mit der Praxis in die Zukunft – Praxisentwicklung und -gestaltung

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJ-Psychiater

### QM-Seminare

Praxisführung und -organisation (QEP-Tagesseminar)

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte und  
QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit dem DGPT

QEP-Einführungsseminar für Haus- und Fachärzte in Kooperation mit dem BDI

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	6. November 2009	16.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	10. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	12. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	95,- Euro	13. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	18. November 2009	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	20. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	21. November 2009	10.00 bis 15.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	26. November 2009	14.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	27. November 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2009	10.00 bis 13.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. November 2009	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	4. Dezember 2009	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	188,- Euro	14. November 2009	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	4. Dezember 2009 5. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	18. Dezember 2009 19. Dezember 2009	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 16.30 Uhr	München

