

KVBIINFOS 10|12

ABRECHNUNG

- 162 Die nächsten Zahlungstermine
- 162 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012
- 163 Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192

VERORDNUNGEN

- 164 Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie
- 164 Grippesaison 2012/2013
- 165 Aut-idem-Regelung bei Importarzneimitteln
- 165 Brilique® (Ticagrelor) wird als Praxisbesonderheit anerkannt
- 166 Häusliche Krankenpflege und Medikamentengabe
- 167 Verordnungen für ehemalige Zivildienstleistende
- 167 Vorsicht beim „Switching“

PRAXISFÜHRUNG

- 168 Geld sparen durch regelmäßigen Versicherungsscheck

QUALITÄT

- 169 Indikationsstellung bei gastrointestinaler Endoskopie
- 170 QSV Hörgeräteversorgung für Erwachsene

ALLGEMEINES

- 171 Diabetesvereinbarungen – Berechnung der Betreuungspauschale
- 171 Versand von Patientendaten an den Medizinischen Dienst
- 172 Verwendung Muster 10 und 10A bei Laboraufträgen

SEMINARE

- 173 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 174 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. Oktober 2012
Abschlagszahlung September 2012

31. Oktober 2012
Restzahlung 2/2012

12. November 2012
Abschlagszahlung Oktober 2012

10. Dezember 2012
Abschlagszahlung November 2012

Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Abrechnung für das 3. Quartal 2012 bis spätestens **Mittwoch, den 10. Oktober 2012**, online über das Portal „Meine KVB“ (KV-Safenet* oder KV-Ident) oder über D2D. 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/Abrechnung /Online-Abrechnung*.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Übermittlung Ihrer Abrechnung, dass diese vollständig und korrekt ist. Wir empfehlen dazu die Durchsicht der in Ihrer Praxissoftware durch das KBV-Prüfmodul erzeugten GNR-Statistik (also der Aufstellung/Übersicht aller abgerechneten Gebührennummern/Leistungspositionen) und gegebenenfalls der Fallstatistik. Dadurch verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick und haben noch die Möglichkeit, eventuell erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen vor der Übermittlung der Abrechnung vorzunehmen. Bitte beachten Sie weiterhin die persönliche Leistungserbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Diese Regelung ist insbesondere zu beachten bei angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren.

Sollten Sie trotzdem nach erfolgter Übermittlung Ihrer Abrechnung feststellen, dass Sie doch noch einen nachträglichen Berichtigungs- oder Ergänzungswunsch haben, schicken Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte sofort zu. Sofern uns Ihr Wunsch innerhalb eines Monats nach dem offiziellen Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch aktuell in Ihrer Abrechnung berücksichtigen.

Nach den aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB (Paragraph 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 Richtigstellungsmittlung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

Die Gesamtversion finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen /Rechtsquellen-Bayern/Buchstabe „A“*.

Anschrift für Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Abs. 3 Satz 2):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Abrechnung
„Abrechnungskorrekturen“
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Abrechnung der Wegepauschalen 40190 und 40192

Abrechnung – wie bisher die unterschriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigefügt werden. Ein aktuelles Exemplar der Sammelerklärung können Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/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 *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Besondere Kostenträger*.

Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
„Quartalsabrechnung“
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen/Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Yorckstraße 15
93049 Regensburg

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

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

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

und Zusatzvereinbarungen gilt für Ihre Dokumentationen das Einreichungsdatum **10. Oktober 2012** unabhängig von der Verlängerung der Abgabefrist Ihrer Abrechnung: Dialyse, Hautkrebscreening sowohl für über 35-Jährige als auch für unter 35-Jährige, Allergologie, Darmkrebsprävention, Risikoprävention bei Kinderwunsch und Sonografie in der Schwangerschaftsvorsorge.

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 Sammelerklärung bestätigen Sie in emDoc auf elektronischem Weg, dass Sie die Leistungen persönlich den Bestimmungen entsprechend erbracht haben.

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

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
Telefon 0 18 05 / 00 90 71**
Fax 0 89 / 5 70 93 - 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung der Wegepauschalen nach den Ziffern 40190 (Tag) und 40192 (Nacht) nur unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:

1. Für den **ersten Besuch** eines Operateurs **nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen** für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**.
2. Für **Besuche zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit**, das heißt bei konsiliarischer Erörterung zwischen zwei oder mehreren behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobene Befunde für Besuchsstellen **jenseits eines Radius von 10 km**, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen (siehe Bereich VI, Anhang 1 EBM).

Die Wegepauschale wird jeweils von der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte des Vertragsarztes aus berechnet, von der aus er den Besuch antritt. Trifft weder die unter 1. noch die unter 2. genannte Voraussetzung zu, so sind die Wegepauschalen 40190 beziehungsweise 40192 nicht berechnungsfähig. Bitte setzen Sie stattdessen eine Wegepauschale nach den Ziffern 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 oder 40230 entsprechend des jeweils zurückgelegten Wegbereichs und der Besuchszeit an.

Bei Fragen erreichen Sie uns per E-Mail an VUS-Vertragspolitik@kvb.de

Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie

Anlage I (OTC-Übersicht)

Pankreasenzyme und Azidosetherapeutika: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss die Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) Nummer 36 Pankreasenzyme um die Indikation „funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe“ und Nummer 4 Azidosetherapeutika um die Indikationen „Ileumconduit, Nabelpouch und Harnleiterimplantation in den Dünndarm“ zu ergänzen. Beide Beschlüsse traten am 11. August 2012 in Kraft.

L-Methionin: Bereits bei der Aufnahme von L-Methionin in die OTC-Liste im Jahr 2004 hatte der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) mit der Bewertung des Wirkstoffs beauftragt. Bei der Nutzenbewertung des IQWiG konnte kein evidenzbasierter Beleg für einen Nutzen oder Schaden von L-Methionin bei der Behandlung von Patienten mit neurogenen Blasenstörungen gefunden werden. In der Folge hat der G-BA beschlossen, L-Methionin von der OTC-Liste zu streichen.

Anlage VI (Off-Label-Use)

Doxorubicin bei Gliomrezidiv und Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin: Der G-BA beschloss die Anlage VI, Teil B (Wirkstoffe, die in zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten – Off-Label-Use – nicht verordnungsfähig sind) der AM-RL um die Absätze „XI. Doxorubicin bei Gliomrezidiv“ und „XII. Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin“ zu ergänzen. Beide Beschlüsse sind am 9. August 2012 in Kraft getreten.

Anlage XII (Frühe Nutzenbewertung)

Fampridin: Die Anlage XII der AM-RL wurde um den Wirkstoff Fampridin ergänzt. Fampyra® ist zur Verbesserung der Gehfähigkeit von erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit Gehbehinderung indiziert. Da die erforderlichen Nachteile nicht vollständig vorgelegt wurden, gilt der Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie als nicht belegt (Paragraph 35a Absatz 1 Satz 5 SGB V). Der Beschluss ist am 2. August 2012 in Kraft getreten.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/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

Grippesaison 2012/2013

Im Juli und August 2012 haben wir Sie bereits über die Verordnungsmodalitäten in der Grippesaison 2012/2013 informiert. Hier noch einmal eine kurze Zusammenfassung:

Begripal® ohne Kanüle ist in Bayern der Standardimpfstoff für die Grippeimpfung. Der Preis dieses Impfstoffs ist durch die realisierten Rabatte günstiger als für alle anderen vergleichbaren Grippeimpfstoffe. Die Verordnung von Begripal® ohne Kanüle ist somit die wirtschaftlichste Verordnungsvariante.

Davon abweichend dürfen die Vertragsärzte für die Versorgung ihrer Patienten bei medizinischer Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots Impfstoffe mit altersbeschränkter Zulassung (ab fünf beziehungsweise 60 beziehungsweise 65 Lebensjahren beziehungsweise mit Altersobergrenzen) weiterhin als Sprechstundenbedarf verordnen. Nach den derzeitigen Rückmeldungen der Hersteller ist dies nur für Afluria® und Intanza® der Fall. Die Krankenkassen behalten sich vor, diese abweichende Versorgung insbesondere im Hinblick auf die Mengen und die Wirtschaftlichkeit besonders zu beobachten. In anderen Bundesländern sind solche Ausnahmen beispielsweise nicht vorgesehen.

Laut AOK Bayern war hühnereiweißfreier Grippeimpfstoff nicht Gegenstand der Ausschreibung, daher ist er auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Mit Optaflu® steht ein Impfstoff zur Verfügung, der auf Zellkulturbasis hergestellt wurde. Er ist somit hühnereiweißfrei und für Personen geeignet, die auf Hühnereiweiß aller-

Aut-idem-Regelung bei Importarzneimitteln

gisch reagieren. Optaflu® steht für diese Risikogruppe auch den baye-rischen Versicherten zur Verfügung.

Ausführliche Informationen, auch für Ihre Patienten, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/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

Bei Verordnung eines deutschen Originalpräparats kann die Apotheke grundsätzlich ohne Rücksprache mit Ihnen ein Re- oder Parallel-Importarzneimittel abgeben.

Ist ein Re- oder Parallel-Importpräparat namentlich verordnet, wird unterschieden:

- Sie lassen **Aut-idem** zu (keine Markierung) und es gibt **einen Rabattvertrag** mit dem Originalhersteller: Die Apotheke gibt das rabattierte deutsche Originalpräparat ab. Möchten Sie das vermeiden, müssen Sie bei dem verordneten Import ein Aut-idem-Kreuz setzen. **Neu:** Der Bayerische Apothekerverband e. V. besteht außerdem auf den Hinweis „**Abgabe Re-Import**“ auf dem Rezeptformular.
- Sie lassen **Aut-idem** zu (keine Markierung) und es gibt **keinen Rabattvertrag** mit dem Originalhersteller: Die Apotheke hat den verordneten oder einen der drei preisgünstigsten Importe abzugeben. Sind diese nicht lieferbar, setzt sich die Apotheke mit Ihnen in Verbindung. Das Ergebnis der Rücksprache wird auf dem Rezept vermerkt. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden.
- Sie lassen **Aut-idem nicht** zu (Markierung!): Sie werden von der Apotheke über die Lieferfähigkeit informiert und nach Alternativen befragt. Je nachdem, wie Sie sich geeinigt haben, notiert die Apotheke einen Vermerk auf dem Rezeptformular. Ein neues Rezept muss nicht ausgestellt werden. Wir empfehlen Ihnen, das Ergebnis der Rücksprache in der Patientendokumentation festzuhalten.

Weitere Informationen zum Thema „Aut-idem“ lesen Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/ Sonstiges/ A/ Aut-idem*.

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

Brilique® (Ticagrelor) wird als Praxisbesonderheit anerkannt

Brilique® (Ticagrelor) ist rückwirkend zum 1. Januar 2012 als Praxisbesonderheit nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V in den Anwendungsgebieten, in denen ein Zusatznutzen laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorliegt, anzuerkennen.

Anwendungsgebiete mit Zusatznutzen:

Für die instabile Angina pectoris (IA) und den Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) liegt ein Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen vor.

Für die Indikation Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI) mit perkutaner Koronarintervention ist kein Zusatznutzen belegt mit Ausnahme für

- die Gruppe der Patienten über 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen,
- für Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese.

Für diese beiden Gruppen wurde jeweils ein auf Anhaltspunkten basierender, nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt.

Für die Indikationen Myokardinfarkt mit STEMI, medikamentös behandelt und mit STEMI mit aortokoronarer Bypass-Operation ist kein Zusatznutzen belegt.

Hintergrund

Das Verfahren der frühen Nutzenbewertung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband und pharmazeuti-

sche Unternehmer spätestens sechs Monate nach dem entsprechenden Beschluss des G-BA Erstattungsvereinbarungen abschließen. Neben der Höhe des Erstattungsbetrags sollen diese Vereinbarungen auch vorsehen, dass Verordnungen des jeweiligen Arzneimittels von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten anerkannt werden, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Verordnung eingehalten hat.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte uns Folgendes mit: „Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass nach Paragraph 106 Absatz 5a SGB V Kosten für gesetzlich bestimmte Praxisbesonderheiten vor Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden sollen.“

Ein „Verordnung Aktuell“ zur frühen Nutzenbewertung von Brilique® (Ticagrelor) steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* zur Verfügung.

Auf der Internetseite www.gkv-spitzenverband.de/praxisbesonderheiten.gkvnet informiert der GKV-Spitzenverband über Vereinbarungen mit Herstellern, für deren Arzneimittel ein Zusatznutzen erkannt wurde und deshalb als Praxisbesonderheit anerkannt 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

Häusliche Krankenpflege und Medikamentengabe

In den vergangenen Wochen hatte sich die Deutsche BKK schriftlich mit der Bitte an bayerische Vertragsärzte gewandt, die Medikation bei bestimmten Patienten zu überprüfen beziehungsweise abzuändern. Dies führte verständlicherweise zu Irritationen und Unverständnis in den Praxen. Die Krankenkassen haben zwar nach dem SGB V unter anderem die Pflicht, Vertragsärzte über eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu informieren. Die Betonung liegt hierbei eindeutig auf der Information. In keinem Kontext erwähnt das Sozialgesetzbuch, dass sich der Vertragsarzt außerhalb von Anfragen des MDK gegenüber Krankenkassen rechtfertigen muss.

Ein Gespräch mit der Deutschen BKK ließ jedoch erkennen, dass es primär um die Ökonomisierung des Pflegedienstes im Hinblick auf die Medikamentengabe geht. Dies ging leider aus diesem Schreiben nicht hervor. Daher vereinbarten wir mit der Deutschen BKK, über das Thema der häuslichen Krankenpflege im Zusammenhang mit der Verabreichung von Medikamenten zu informieren. Im Gegenzug dazu hat die Deutsche BKK ihre Aktion gegenüber den bayerischen Vertragsärzten eingestellt.

Wir bitten Sie daher, bei der Medikation von pflegebedürftigen Patienten auch die Frequenz der Medikamentengabe im Hinblick auf den ökonomischen Einsatz des Pflegedienstes ausreichend zu berücksichtigen.

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

Verordnungen für ehemalige Zivildienstleistende

Durch den Wegfall der allgemeinen Wehrpflicht gibt es seit Jahresbeginn keine Zivildienstleistenden mehr. Dennoch werden ärztliche Verordnungen noch zulasten der ehemaligen Kostenträger des Zivildienstes ausgestellt.

Die Formblätter BA Zivildienst/ B-Scheine 17895 und BA Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben 74895 sind nicht mehr gültig!

Verordnungen zulasten des Zivildienstes werden an den Absender, das heißt Apotheken oder Physiotherapeuten, zurückgegeben. Wir gehen davon aus, dass die diese auf Sie zukommen werden, um nachträglich eine korrekte Verordnung ausgestellt zu bekommen.

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

Vorsicht beim „Switching“

Das Ausweichen von apothekenpflichtigen auf verschreibungspflichtige Präparate, das sogenannte „Switching“, kann unwirtschaftlich sein!

In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegt demnach ein Wirkstoff sowohl in einer verschreibungspflichtigen als auch verschreibungsfreien Form vor, soll entsprechend Paragraph 12 Absatz 11 der aktuell gültigen Arzneimittel-Richtlinie „die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Klassische Beispiele für „Switching“:

- Protonenpumpeninhibitoren: Omeprazol, Pantoprazol
- Antihistaminika: (Des-)Loratadin, (Levo-)Cetirizin
- Antimykotika: Ciclopirox, Clotrimazol
- Analgetika: Ibuprofen
- Vitamine und Spurenelemente (zum Beispiel Selen, die Gruppe der B-Vitamine, Vitamin D)
- Antiparasitäre Mittel (zum Beispiel Infectopedicul Malathion Shampoo)

Ein ausführliches „Verordnung Aktuell“ zum Thema finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell vom 23. August 2012*.

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

Geld sparen durch regelmäßigen Versicherungsscheck

Der Abschluss von Versicherungen ist zweifellos sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich eine sehr persönliche Angelegenheit, abhängig von der eigenen Risikoeinschätzung. Eine regelmäßige Überprüfung des Versicherungsschutzes ist für Vertragsärzte und angestellte Ärzte ein Muss, um im Bedarfsfall ausreichend finanziell abgesichert zu sein. Doch Über- und Mehrfachversicherungen führen oft zu unnötigen Kosten.

Überprüfen Sie daher bestehende Versicherungsverträge regelmäßig auf ihre Aktualität, einen ausreichenden Risikoschutz und eine angemessene Deckungshöhe. Beachten Sie dabei, dass mit falschen oder unvollständigen Angaben sowie mit Vereinbarungen, die nicht den aktuellen Gegebenheiten entsprechen, der Versicherungsschutz riskiert wird. Darüber hinaus sollten folgende Fragen regelmäßig von Ihnen beantwortet werden:

- Ist die Höhe der Selbstbeteiligung, der Rabatte oder eventuell Leistungskürzungen angemessen?
- Passen die ursprünglich vereinbarten Zahlungsmodalitäten noch?
- Bieten andere Versicherungsgesellschaften ein attraktiveres Preis-Leistungs-Verhältnis an? Ist unter Beachtung von Vertragslaufzeit und Kündigungsfristen ein Wechsel möglich?

Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich bei der Absicherung nicht nur an ein Unternehmen zu binden, sondern gegebenenfalls den Versicherungsbestand von unabhängigen Versicherungsmaklern überprüfen zu lassen.

Weitere Tipps zum Thema Versicherungsschutz für den Arzt und die

Praxis finden Sie in der KVB-Publikation „Beratungsservice für Ärzte“, Band 5, „Wirtschaftlich erfolgreiche Praxisführung – Grundlagen der Betriebswirtschaft für Ärzte und Psychotherapeuten“. Sprechen Sie Ihren KVB-Praxisführungsberater vor Ort darauf an. Die Kontaktdaten finden Sie in diesem KVB FORUM auf Seite 39.

Indikationsstellung bei gastrointestinaler Endoskopie

Gastrointestinale endoskopische Untersuchungen und Interventionen (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Koloskopie, ERCP, Endosonographie) bedürfen einer Aufklärung und Indikationsstellung. Methodentypische Komplikationen können trotz korrekter Aufklärung und gegebenem Einverständnis zu zivilrechtlichen Haftungsansprüchen führen, wenn keine Indikation vorlag. So stellte die Norddeutsche Schlichtungsstelle bereits im Jahr 2008 fest, „dass Ärzte eine Untersuchung selbst auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten hin dann nicht durchführen dürfen, wenn sie dafür keine Indikation sehen. Dies gilt vor allem dann, wenn diese Untersuchung naturgemäß mit erheblichen Risiken verbunden ist.“¹ In diesem Fall war es bei einer Patientin mit unklaren abdominellen Schmerzen, aber unauffälligen Laboruntersuchungen und unauffälligen vorangegangenen Untersuchungen, nach einer korrekt durchgeführten ERCP zu einer post-ERCP-Pankreatitis mit wochenlangem Krankenhausaufenthalt gekommen.

Auch ÖGD und Koloskopien betroffen

Die häufigsten gastrointestinalen endoskopischen Untersuchungen sind die Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) und Koloskopie. Allein in Bayern werden im Quartal mehr als 300.000 Koloskopien durchgeführt. Die Rate der nicht indizierten Koloskopien liegt bei nahezu 30 Prozent². Die Komplikationsraten diagnostischer und therapeutischer Koloskopien schwanken zwischen wenigen Promille und mehr als 20 Prozent³. Die Rate nicht indizierter ÖGD erreicht nahezu 25 Prozent⁴. Ein Haftungsrisiko kann bei einer nicht indizierten Leistung nicht ausgeschlossen werden, dies gilt sogar

dann, wenn der Patient die Leistung ausdrücklich wünscht und die Leistung lege artis erbracht wurde.

Fazit

Die Indikationsstellung für gastrointestinale Endoskopien ist Grundlage einer sicheren und qualitätskonformen Leistung. Die Ausführungen der Norddeutschen Schlichtungsstelle geben Anlass, die endoskopierenden Kollegen und deren Überwieser daran zu erinnern, auf die Indikationsstellung zu achten. Insbesondere ist es für die Indikationsstellung essenziell, dem ausführenden Arzt relevante Vorbefunde mitzugeben. Wunschendoskopien, vor allem als sogenannte Kombinations-ÖGD-Koloskopien, können zu erheblichen Haftungsrisiken führen. Eine aktuelle Leitlinie der American Society for Gastrointestinal Endoscopy⁵ kann als Entscheidungshilfe bei der Indikationsstellung für gastrointestinale Endoskopien genutzt werden.

Dr. Berndt Birkner, Vorsitzender der Qualitätsmanagement Kommission und Mitglied der Vorstandskommission Koloskopie

¹ erschien im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2008

² *Endoscopy* 2009;41:240-6

³ *Endoscopy* 2005;37:1116-22

⁴ *Dig Liver Dis* 2010;42:122-6

⁵ *Gastrointest Endosc* 2012;75:1127-31

QSV Hörgeräteversorgung für Erwachsene

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Anforderungen an die Praxisausstattung nach Paragraph 4 a) und b) der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Hörgeräteversorgung für Erwachsene erläutert:

1) Anforderungen an den schallreduzierten Raum nach Paragraph 4 a) der QSV

Die Anforderung nach Paragraph 4 a) der QSV, wonach Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld in einem schallreduzierten Raum mit einem Störschallpegel kleiner als 40 dB durchzuführen sind, deckt sich mit der schon lange geltenden Anforderung der Hilfsmittel-Richtlinie HilfsM-RL („Raum mit einem Störschallpegel von nicht mehr als 40 dB“, vergleiche Paragraph 27 Absatz 2 HilfsM-RL). Sofern also der schallreduzierte Raum den Anforderungen der HilfsM-RL entspricht, sind aufgrund der QSV von den HNO-Ärzten zum Beispiel keinerlei Neumessungen durchzuführen.

2) Anforderungen an Audiometer nach Paragraph 4 b) der QSV

Auch die in Paragraph 4 b) der QSV aufgeführte Anforderung, wonach das verwendete Audiometer gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes zugelassen sein muss, entspricht der in der HilfsM-RL genannten Anforderung (vergleiche dort Paragraph 27 Absatz 2). Bezüglich der in Paragraph 4 b) ebenfalls aufgeführten DIN ISO Normen 8253-1 und 8253-2 hat die KBV klargestellt, dass sich diese Normen – zumindest in erster Linie – nicht auf Audiometer beziehen, sondern auf Anforderungen an einen entsprechenden Messraum, in dem audiometrische

Prüfverfahren durchgeführt werden. Der Hinweis auf die DIN ISO Normen 8253-1 und 8253-2 bezieht sich somit vielmehr ausschließlich auf die Durchführung von audiometrischen Verfahren nach den bereits schon lange geltenden Vorgaben der Leistungslegende zur GOP 09320 EBM (Tonschwellen-audiometrische Untersuchung).

Diabetesvereinbarungen – Berechnung der Betreuungspauschale

Gemäß den Diabetesvereinbarungen sind **diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte** verpflichtet, die gestellten Anforderungen hinsichtlich Qualifikation und Arbeitszeit ihres nichtärztlichen Personals nachzuweisen.

Mit Wirkung zum **1. Juli 2012** erhalten Ärzte, die das nachfolgend beschriebene Qualitätskriterium noch **nicht** erfüllen, einen Abschlag auf die Betreuungspauschalen 97310, 97320, 97321, 97312, 97322, 97313, 97323, 97333 der Diabetesvereinbarungen (Anlage 3) in Höhe von **– 4,50 Euro (diese Regelung gilt nicht für den vdek)**:

- Die Arbeitszeit des nichtärztlichen Personals (Diabetesassistent DDG, Diabetesberater DDG beziehungsweise Fachkraft mit vergleichbarer Qualifikation, Auszubildende/r zum Diabetesberater DDG) muss bei einer Vollzulassung des die Leistung durchführenden Arztes **mindestens 38 Wochenstunden**, bei **häufigem Versorgungsauftrag mindestens 19 Wochenstunden** betragen. Dies gilt auch für einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt in Gemeinschaftspraxen (GP), Praxisgemeinschaften (PG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und angestellte Ärzte. Für jede weitere Genehmigung als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt **muss** ein Diabetesberater DDG beziehungsweise eine Fachkraft mit einer dem Diabetesberater DDG vergleichbaren Qualifikation mit **mindestens 19 Wochenstunden** nachgewiesen werden.
- In überörtlichen GP/MVZ/PG sind **an jedem Vertragsarztsitz** ein eigener Diabetesberater DDG

beziehungsweise eine Fachkraft mit einer dem Diabetesberater DDG vergleichbaren Qualifikation mit **mindestens 38 Wochenstunden** (analog zu den vorher genannten Bestimmungen) erforderlich.

Hinweis: Der aufgeführte Maximalbetrag von 75 Euro pro Betreuungspauschale bleibt unverändert.

Sie finden die Diabetesvereinbarungen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/Buchstabe „D“/Diabetesvereinbarungen*.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 27 78
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 43 98
 E-Mail info-dmp@kvb.de

Versand von Patientendaten an den MDK

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Sozialdaten, also auch die Patientenunterlagen, dem Medizinischen Dienst (MDK) auf dessen Anforderung hin **unmittelbar** zu übermitteln, soweit dies für seine gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (Paragraph 276 Absatz 2 SGB V). Es ist deshalb nicht zulässig, Patientendaten auf Anforderung der Krankenkasse unverschlossen an diese zur Weiterleitung an den MDK zu senden. **Ausgenommen** hiervon ist die Verwendung der in den Anlagen 2 zu den Bundesmantelverträgen vereinbarten Vordrucke wie beispielsweise das Muster 52 (Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit), wenn sie von der Kasse nicht verändert wurden.

Die vereinbarten Vordrucke finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de in der Rubrik *Service/Formulare/Vordruckmustersammlung*.

Verwendung Muster 10 und 10A bei Laboraufträgen

Aufgrund der Anfrage, ob Laborauftragscheine elektronisch versandt und erst im Labor als Auftrag ausgedruckt werden können, möchten wir Sie auf Folgendes hinweisen: Mit dem Untersuchungsmaterial muss zusätzlich auch **das vollständig ausgefüllte Muster 10 beziehungsweise Muster 10A in Papierform an das Labor versandt werden**. Eine alleinige Übermittlung der Anforderungsdaten auf elektronischem Wege oder die ausschließliche Verwendung eines Barcode-Aufklebers ist unzulässig.

Die Pflicht zur papiergebundenen Aufzeichnung und Übermittlung ergibt sich aus den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung (Ziffer 5 ff.), wonach das Muster 10 „für die Überweisung“ beziehungsweise das Muster 10A „als Anforderungsschein ... zu verwenden“ und „vollständig vom anfordernden Vertragsarzt auszufüllen“ ist (siehe auch Paragraphen 24 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Sätze 2 und 3, Absatz 8, 25 Absatz 3, 33 und 34 Absatz 1, 35 Absatz 2 Satz 1 des Bundesmantelvertrags/Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraphen 6 Absatz 1, 22 Absatz 2, 27 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Sätze 2 und 3, Absatz 8, 28 Absatz 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte/Erstkrankenkassen (EKV-Ä) sowie Ziffern 1.1.1, 1.1.4, 1.2.1, 2.10 und 2.10A der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV).

Sie finden die Vordruckvereinbarung und ihre Erläuterungen unter www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html.

Die Anlaufstelle Bürokratieabbau der KVB hatte bereits verschiedene Vereinfachungsvorschläge, unter anderem zu Muster 10 und Muster 10A, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) herangetragen.

Allerdings ist dort derzeit eine Vereinheitlichung von Muster 10 und Muster 10A nicht geplant. Auch eine Verkürzung der Aufbewahrungsfristen von Formularen wurde thematisiert. Hier weist die KBV auf die berufsrechtlich geregelte Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren für ärztliche Aufzeichnungen hin (Paragraph 10 Absatz 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, Paragraph 18 Absatz 1 Nummer 3 Heilberufe-Kammergesetz Bayern).

Bei Fragen erreichen Sie uns unseren Experten Claus-Micha Löblein unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 36
 E-Mail Claus-Micha.Loeblein@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein 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 orientiert. 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. (nur Modul I und Update) durch.

Sie profitieren von:

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

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- **alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten.**

Modul I

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

- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9
Teilnahmegebühr: 90,- Euro
Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 17. November 2012
KVB Augsburg

Modul II

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 7. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012
Augsburg/KVB

Modul III

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

Fortbildungspunkte: 3
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

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 *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

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

Informationen zu KVB-Seminaren

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

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

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

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

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

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.

*in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare=

Fortbildung Impfen

Informationen und Tipps für angestellte Ärzte=

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten

EBM-Grundlagenworkshop operativ tätige Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Betriebswirtschaftliche Grundlagen für den Vertragsarzt

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

Gründer-/Abgeberforum

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Alles rund ums Arbeitsrecht

EBM-Grundlagenworkshop Hausärzte

QM-/QZ-Seminare

Fortbildung „MRSA positiv! MRSA-Patienten in der Praxis“

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Patienten- und Zuweiserbefragung

Lokales Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	85,- Euro	24. Oktober 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Würzburg
	85,- Euro	26. Oktober 2012	15.00 bis 20.00 Uhr	Regensburg
	kostenfrei	24. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	24. Oktober 2012	15.00 bis 19.30 Uhr	Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	25. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		13. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	kostenfrei	31. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
		14. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	7. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	7. November 2012	15.00 bis 17.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	7. November 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		14. November 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
		10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Regensburg
		10. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	München
		17. November 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	10. November 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	13. November 2012	10.00 bis 13.00 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	14. November 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	15. November 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	17. Oktober 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Augsburg
QZ-interessierte Psychotherapeuten	110,- Euro	20. Oktober 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	75,- Euro	24. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	17. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
		24. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Straubing
		31. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	München

