

KVBIINFOS 09|12

ABRECHNUNG

- 138 Die nächsten Zahlungstermine
- 138 Abrechnungsabgabe für das Quartal 3/2012
- 139 Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2012
- 141 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 4/2012
- 142 Vergütung labormedizinischer Leistungen
- 142 Augenärztliche Strukturpauschale
- 143 Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen

VERORDNUNGEN

- 143 G-BA-Nutzenbewertungen
- 144 Verordnung geteilter Tabletten
- 145 Arzneimittelsicherheit

QUALITÄT

- 146 MRSA-Informationsbroschüre
- 147 MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen
- 148 Änderung der Ultraschallvereinbarung
- 148 Sonographie: Korrekturbedarf bei Genehmigungen
- 149 Hörgeräteversorgung Kinder
- 152 Änderung der QSV zur Koloskopie
- 152 Aus- und Fortbildung von QZ-Moderatoren

PRAXISFÜHRUNG

- 153 Quartalsübergreifende Überweisungen

ALLGEMEINES

- 154 Urteil rituelle Zirkumzision
- 155 Neues zu DMP-Feedbackberichten
- 155 DMP-Datenstelle Bayern: Neue Servicenummer
- 155 JVA Stadelheim sucht Unterstützung
- 155 Datenschutz überprüft Arztpraxen

SEMINARE

- 156 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 157 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 158 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die nächsten Zahlungstermine

10. September 2012
Abschlagszahlung August 2012

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 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 Abrechnungsabgabetermin erreicht, können wir die Änderungen noch in Ihrer aktuellen 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 Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,*
 - *die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und*
 - *die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.*

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

Korrekturwünsche (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 1) und/oder Korrekturanträge (nach Paragraph 3 Absatz 3 Satz 2) senden Sie bitte an folgende Adresse:

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

Zusätzliche Abrechnungsunterlagen auf dem Postweg:

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten

Änderungen des EBM zum 1. Oktober 2012

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 280. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 beschlossen.

Die Änderungen haben wir für Sie nachfolgend dargestellt. Der Beschluss mit den Änderungen im Detail ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-des-bewertungsausschusses.de in der Rubrik *Bewertungsausschuss/Beschlüsse*) eingestellt. Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt, Heft 29 - 30 vom 23. Juli 2012 veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch die Vertragspartner und der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

GOPen 04560 und 04561: Betreuung niereninsuffiziente Patienten/ Behandlung Nierentransplantat-träger – auch ohne Genehmigung zur Dialyse berechnungsfähig

Die Zusatzpauschale für die kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten nach GOP 04560 und die Zusatzpauschale für die kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantat-trägers nach GOP 04561 können jetzt auch

- von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Nephrologie beziehungsweise der Zusatzweiterbildung Kinderneurologie abgerechnet werden, die keine Genehmigung zur Dialyse haben
- von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt Nephrologie beziehungsweise Zusatzweiterbildung Kinderneurologie abgerechnet werden, wenn sie die Genehmigung zur

Dialyse haben.
 → Änderung der Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 4.5.4

GOPen 10345, 15345: Zusatzpauschalen Onkologie – neue ICD aufgenommen

- **GOP 10345:** Jetzt auch bei Vorliegen von Mycosis fungoides nach dem Diagnoseschlüssel C84.0 berechnungsfähig
 → Aufnahme des ICD-10-Code C84.0 in die Anmerkung zur GOP 10345
- **GOP 15345:** Auch bei bösartigen Neubildungen der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichts und des Halses nach dem Diagnoseschlüssel C47.0 berechnungsfähig
 → Aufnahme des ICD-10-Code C47.0 in die Anmerkung zur GOP 15345

GOP 12210 für Transfusionsmediziner – auch bei Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung beziehungsweise bei Transfusionsleistungen berechnungsfähig

Fachärzte für Transfusionsmedizin können ab dem 1. Oktober 2012 die Konsiliarpauschale nach GOP 12210 auch dann berechnen, wenn sie Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung oder Überweisungen zu Transfusionsleistungen erhalten.
 → Aufnahme einer zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 12210

GOP 13439: Zusatzpauschale Transplantatträger – Abrechnungsausschluss zur GOP 13622

Die Zusatzpauschale für die Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers nach GOP 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben der Zusatzpauschale für die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese nach GOP 13622 berechnungsfähig.
 → Ergänzung der zweiten Anmerkung nach der GOP 13439

GOP 16220: Neurologisches Gespräch – Arzt-Patienten-Kontaktzeit bei Berechnung neben den Grundpauschalen 21213 bis 21215

Wird das neurologische Gespräch in der gleichen Sitzung neben der Grundpauschale nach den GOPen 21213 bis 21215 berechnet, ist für die Berechnung der GOP 16220 Voraussetzung, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 20 Minuten stattgefunden hat. Gleichzeitig wird die Prüfzeit der GOP 16220 von acht auf zehn Minuten erhöht.
 → Änderung der ersten Anmerkung nach der GOP 16220 und Änderung der Prüfzeit zur GOP 16220 in Anhang 3 EBM

Belegärztliche Facettendenervation – Voraussetzung für Berechnung der GOP 36131

Wie bereits im ambulanten Bereich wird für die belegärztlich durchgeführte Facettendenervation nach

OPS-Code 5-830.2 klargestellt, dass die Berechnung der GOP 36131 (Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1) die offene chirurgische Durchführung des Eingriffs voraussetzt. Minimalinvasive Verfahren, zum Beispiel zur Schmerztherapie, sind mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.
 → Aufnahme einer Bestimmung Nr. 2 in die Präambel des Abschnitts 36.2.4

Redaktionell: GOP 02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Vernebler – Aufnahme einer Abrechnungsbestimmung

Die Einzelinhalationstherapie mit speziellem Vernebler ist nur einmal je Sitzung abrechnungsfähig. Zur Klarstellung wurde die Abrechnungsbestimmung „einmal je Sitzung“ aufgenommen.
 → Aufnahme einer Abrechnungsbestimmung nach der GOP 02501

Redaktionell: GOP 30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule – Neuaufnahme einer Anmerkung

Die Ausnahmeregelung zur mehr als zweimaligen Berechnungsfähigkeit der GOP 30201 war bisher in der Präambel zum Abschnitt 30.2 unter Punkt 2 zu finden. Zur Klarstellung wird diese Regelung direkt als Anmerkung zur GOP 30201 aufgenommen und aus der Präambel zur Chirotherapie gestrichen.

Anhang 2 - Aufnahme des OPS-Codes 5-549.2 für Implantation Katheterverweilsystem im Bauchraum

OPS 2012	Seite	Bezeichnung 2012	Kategorie	OP-Leistungen	Überwachung	Nachbehandlung Überw.	Nachbehandlung Operat.	Narkose
5-549.2	N	Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum	F2	31/36152	31/36503	31608	31609	31/36822

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für das Quartal 4/2012

→ Streichung der Bestimmung 30.2 Nr. 2 und Änderung der ersten Anmerkung nach der GOP 30201

Redaktionell: 3-Tage-Regelung bei belegärztlichen Operationen – Aufnahme von Versichertenpauschalen

Operativ tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können im Zeitraum von drei Tagen neben belegärztlichen Operationen ihre pädiatrische Versichertenpauschale berechnen. Dies wurde durch die Aufnahme der Versichertenpauschalen in die Präambel 36.2.1 Nr. 4 jetzt klargestellt.

→ Ergänzung der Nr. 4 der Präambel 36.2.1

Redaktionell: Abschlagsregelung 10 % bei schwerpunktübergreifender pädiatrischer oder internistischer Versorgung – Änderung von „Behandlungsfall“ auf „Arztfall“

Die Regelung, dass bei schwerpunktübergreifender Behandlung eines Patienten die Leistungen aus verschiedenen Abschnitten aus 4.4 und/oder 4.5 von einem Kinder- und Jugendarzt mit mehreren Schwerpunkten beziehungsweise von Leistungen aus Abschnitt 13.3 von einem Internisten mit mehreren Schwerpunkten unter Vornahme eines Abschlags von zehn Prozent abgerechnet werden können, bezog sich bisher auf den „Behandlungsfall“ statt richtigerweise auf den „Arztfall“. Dies wurde nun korrigiert.
→ Änderung der Allgemeinen Bestimmungen 6.2.1

Nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVB, gültig ab 1. Juli 2012 in Verbindung mit Teil C der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 15. Dezember 2011 gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V, gelten für die psychotherapeutischen Fachgruppen auch für das Quartal 4/2012 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen 4/2012 (Minuten)
Psychologische Psychotherapeuten	32.170
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.440
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	32.970
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	32.120

Die Kapazitätsgrenzen werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals berechnet und sind je Quartal leicht unterschiedlich.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter
 Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 11
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

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

Vergütung labormedizinischer Leistungen

In der Ausgabe 7-8/2012 der KVB INFOS hatten wir Sie über die Neuerungen bei der Vergütung der labormedizinischen Leistungen zum Quartal 4/2012 informiert. Auslöser war eine entsprechende Änderung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Mitteilung der bundeseinheitlichen Quote für das Quartal 4/2012

Die sonstigen Laborpauschalen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) werden mit einer bundeseinheitlichen Quote „Q“ vergütet. Sie wird von der KBV auf Grundlage des im Vorjahr sowie im Jahr 2008 abgerechneten Leistungsbedarfs unter Berücksichtigung der für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) relevanten Größen ermittelt. Die gleiche Quote „Q“ gilt auch für die Vergütung der Laborpauschalen des Speziallabors (Kapitel 32.3). Zwischenzeitlich hat die KBV die Quote „Q“ für das Quartal 4/2012 mitgeteilt. Sie beträgt **95,36 Prozent** und gilt für alle Ärzte, die Laborpauschalen des Speziallabors abrechnen dürfen.

Vergütung für „Nicht-Laborärzte“

Offen war bisher noch die nähere Ausgestaltung zur Vergütung der Leistungen im Speziallabor für „Nicht-Laborärzte“. Nach den Vorgaben der KBV ist zusätzlich zur Quotierung der Vergütung für Kapitel 32.3 mit „Q“ für Fachärzte, die nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin oder ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind, eine Begrenzung des Honorarvolumens für das Speziallabor auf ein fallwertbezogenes Budget vorgesehen.

Zwischenzeitlich hat die KBV ihre Vorgaben vom 27. April 2012 am 11. Juni 2012 erneut geändert und das ursprünglich vorgesehene Antragsverfahren, das zur Erweiterung oder Aussetzung der Fallzahlbudgets für das Speziallabor vorgesehen war, aus den Vorgaben gestrichen und den KVen diesbezüglich wieder regionale Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt.

Die Vertreterversammlung der KVB hat aus diesem Grund am 25. Juli 2012 über die Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zum 4. Quartal 2012 zum Thema Labor beraten und sich dafür entschieden, die fallzahlabhängige Laborbudgetierung für „Nicht-Laborärzte“ auszusetzen.

Damit werden die Leistungen des Speziallabors nach Kapitel 32.3 EBM weiterhin unabhängig vom Fachgebiet des Erbringers mit einer bundeseinheitlichen, quartalsabhängigen Quote „Q“ vergütet. (Quartal 4/2012: 95,36 Prozent, siehe oben). Eine individuelle Antragstellung zur Aussetzung des Budgets ist nicht erforderlich.

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

Augenärztliche Strukturpauschale

Auch mit der Abrechnung für das Quartal 2/2012 haben uns wieder vorsorgliche Widersprüche von Augenärzten gegen eine erwartete Streichung der augenärztlichen Strukturpauschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 06225 erreicht.

Wir möchten Sie deshalb nochmals darauf hinweisen, dass gegen eine erfolgte Streichung der GOP 06225 erst dann Widerspruch eingelegt werden kann, wenn Ihnen diese in der mit den Honorarunterlagen übersandten Richtigstellungsmitteilung bekannt gemacht wurde. Ein für das jeweilige Abrechnungsquartal vor Beginn der Widerspruchsfrist eingelegter „vorsorglicher“ Widerspruch kann von uns im Rahmen der Widerspruchsbearbeitung nicht berücksichtigt werden.

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

Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen

Von direkten Zahlungsaufforderungen der Krankenkassen sollten sich die Mitglieder der KVB nicht irritieren lassen. Diese Aufforderungen, Honorare für nicht korrekt abgerechnete Leistungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen nach den GOPen 01730, 01731, 01732 EBM) oftmals auch noch zusätzlich einer Bearbeitungsgebühr direkt an die Krankenkasse zurückzubezahlen, sind gegenstandslos.

Aufgrund der im Vertragsarztrecht eindeutig definierten Rechtsbeziehungen erfolgen diese Zahlungsaufforderungen ohne Anspruchsgrundlage. Ausnahmen bestehen nur dann, wenn es sich um Ansprüche der Krankenkasse aus direkt mit den Ärzten geschlossenen Verträgen handelt, deren Leistungen auch nicht über die KVB abgerechnet werden. Ebenso verhält es sich, wenn ein Arzt bereits aus dem Kollektivvertragssystem aufgrund der Rückgabe der Kassenzulassung ausgeschieden ist und Forderungen aus seiner Zeit als Vertragsarzt von der KVB nicht mehr vollzogen werden können. Diese noch offenen Forderungen müssen seitens der KVB an die betroffenen Krankenkassen weitergegeben werden. Die Krankenkassen können diese Forderungen dann im Eigeninteresse betreiben.

Sollten Sie unsicher sein, ob in Ihrem Fall ein Schreiben der Krankenkasse mit einer direkten Zahlungsaufforderung berechtigt ist, beraten wir Sie gerne.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Ingrid Huber unter
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
E-Mail Ingrid.Huber@kvb.de

G-BA-Nutzenbewertungen

Neue Wirkstoffe müssen sich seit Januar 2011 nach den Vorgaben des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) einer frühen Nutzenbewertung unterziehen. 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 belegen. Auf Grundlage des Dossiers veranlasst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Paragraph 35a SGB V eine Nutzenbewertung.

Übersicht der Nutzenbewertungen des G-BA mit Status „Verfahren abgeschlossen“, Stand 31. Juli 2012.

Wirkstoff/Handelsname®:

- Abirateronacetat/Zytiga®
- Aliskiren/Amlodipin/Rasilamlo® (Seit 1. September 2011 nicht mehr auf dem Markt.)
- Apixaban/Eliquis®
- Azilsartan Medoxomil (als Kaliumsalz)/Edarbi®
- Belatacept/Nulojix®
- Boceprevir/Victrelis®
- Bromfenac/Yellox®
- Cabazitaxel/Jevtana®
- Cannabis-sativa-Extrakt/Sativex®
(Der Beschluss ist bis zum 21. Juni 2015 befristet.)
- Emtricitabin, Rilpivirin, Tenofoviridisoproxil/Eviplera®
- Eribulin/Halaven®
(Der Beschluss ist bis zum 19. April 2014 befristet.)
- Fingolimod/Gilenya®
- Linagliptin/Trajenta®
- mikrobieller Collagenase aus Clostridium histolyticum/Xiapex®
- Pirfenidon/Esbriet®
- Pitavastatin/Livazo®

- Regadenoson/Rapiscan®
- Retigabin/Trobalt®
- Rilpivirin/Edurant®
- Tafamidis Meglumini/Vyndaqel®
- Telaprevir/Incivo®
- Ticagrelor/Brilique®

Eine quartalsweise Übersicht der G-BA-Beschlüsse stellen wir zudem als „Verordnung Aktuell“ unter „Neu im Netz“ ein. Informationen zu den einzelnen G-BA-Beschlüssen finden Sie zudem jeweils in einem separaten „Verordnung Aktuell“ mit der jeweiligen Wirkstoffbezeichnung unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittel A – Z*.

Eine Übersicht der Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die der G-BA eine frühe Nutzenbewertung nach Paragraph 35a SGB V durchführt oder bereits abgeschlossen hat, finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelsicherheit* sowie unter www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung.

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

Verordnung geteilter

Tabletten

Das „Teilen von Tabletten“ spielt in der Praxis derzeit noch eine große Rolle. Neben gesundheitlichen Risiken für die Patienten durch unsachgemäßes Teilen sind nun auch die neuen rechtlichen Vorgaben zu beachten, was die Anzahl der geteilt verabreichten Medikamente zukünftig eher einschränken wird.

Das Teilen von Tabletten ist aktuell gängige Praxis in Deutschland. Obwohl die Vielfalt an im Handel befindlichen Wirkstärken von Arzneimitteln stetig zunimmt, wird einer Studie der Universität Heidelberg zufolge etwa jede vierte Tablette geteilt. Vor allem beim Ein- und Ausschleichen einer Therapie mit kontinuierlicher Dosisanpassung wie bei Gerinnungshemmern oder auch bei Patienten mit Schluckstörungen wird gerne die Methode des Tablettenteilens gewählt. Viele Ärzte entscheiden sich auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen, Tabletten von ihren Patienten teilen zu lassen.

Die Thematik Teilen von Tabletten wurde aktuell in die Änderung der Apothekenbetriebsordnung (Inkrafttreten: 12. Juni 2012) aufgenommen. Im neuen Paragraph 34 „Patientenindividuelles Stellen und Verblistern von Arzneimitteln“ wird die Abgabe geteilter Tabletten an Pflegeheimbewohner durch die Apotheke künftig erheblich erschwert. Das nachträgliche Verändern des Fertigarzneimittels – hierunter fällt auch das Teilen von Tabletten – soll dabei grundsätzlich verhindert werden.

Die Verblisterung geteilter Tabletten in der Apotheke ist nur noch möglich unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- Nur noch in Ausnahmefällen

nach schriftlicher ärztlicher Anforderung im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems der Apotheke

- Begründung, dass anderweitig die Versorgung nicht gesichert werden kann
- Nachweis der „Validierung der Stabilität der Qualität über den Haltbarkeitszeitraum des Blisters oder des wieder verwendbaren Behältnisses“ (entsprechende Daten werden von den Herstellern voraussichtlich nicht zur Verfügung gestellt)

Auch im häuslichen Bereich kann das Teilen von Tabletten nicht uneingeschränkt empfohlen werden, vor allem darf die Arzneimittelsicherheit nicht vernachlässigt werden.

Zum Teilen ungeeignet sind insbesondere folgende Tabletten:

- Tabletten, die in der Fachbeziehungsweise Gebrauchsinformation als nicht teilbar bezeichnet werden.
- Tabletten mit einem Überzug für eine verzögerte Wirkstofffreisetzung: Der Wirkstoff wird durch die Teilung sofort und vollständig freigesetzt. Gefahr eines erhöhten Wirkstoffspiegels mit entsprechenden Überdosierungssymptomen (außer bei Tabletten deren Retardierungsprinzip erhalten bleibt, zum Beispiel Pellets).
- Tabletten mit einem magensaftresistenten Überzug: Gefahr von erhöhter Magenunverträglichkeit oder verminderter Wirkstoffstabilität.
- Mantel- oder Zweischichttabletten: Eine Teilung beeinflusst hier die zeitversetzte Freisetzung eines oder mehrerer Wirkstoffe und kann wegen möglicher Überdosierung gefährlich werden.

- spezielle Formulierungen, wie OROS-Systeme (osmotic release oral system)
- sehr kleine Tabletten (< 50mg)
- sehr niedrig dosierte Wirkstoffe (µg-Bereich)

Für das erfolgreiche Teilen von Tabletten muss auch der Patient bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Vor allem bei älteren Patienten spielen Faktoren wie Fingerfertigkeit, Sehschärfe und intellektuelle Kompetenz eine wichtige Rolle. Außerdem sollte der Patient bereit und in der Lage sein, ein komplexes Therapieschema zu verstehen und anzuwenden. Weitere Probleme stellen Bröselbildung, ungleiche Hälften oder generelle Schwierigkeiten beim Teilen dar.

Im Einzelfall kann das Tablettenteilen durch Freisetzung der Arzneistoffe eine unmittelbar schädigende Wirkung auf die ausführende Person oder Dritte, die mit Stäuben der geteilten Tabletten in Berührung kommen, haben. So besteht zum Beispiel die Gefahr einer „Cross contamination“ bei unsachgemäßer Anwendung von Tablettenteilern.

Prinzipiell verboten ist das Teilen von Tabletten, die CMR-Substanzen (canzerogen-mutagen-reproduktionsstoxisch) wie Zytostatika oder Retinoide enthalten.

Nach dem Teilen einer Tablette sollte die verbleibende Tablettenhälfte aus Stabilitätsgründen zum nächsten Einnahmezeitpunkt eingenommen werden. Wird die Medikation für mehrere Tage oder eine ganze Woche gestellt, bleiben Tablettenhälften über längere Zeit im Dispenser oder in separaten Dosen liegen und können gegebenenfalls nicht mehr identifiziert werden.

Arzneimittelsicherheit

Das Verwerfen nicht mehr identifizierbarer Tablettenhälften ist dann unausweichlich. Auch beim Aspekt der Wirtschaftlichkeit gilt es zu berücksichtigen, dass ein möglicher hoher Verwurf von problematisch teilbaren Tabletten die gegebenenfalls gewünschten wirtschaftlichen Einsparungen unterlaufen kann.

Kerben oder Rillen auf den Tabletten sind im Übrigen kein eindeutiger Hinweis auf die Teilbarkeit, denn in manchen Fällen sind sie nicht zum Teilen der Tablette vorgesehen, sondern um Tabletten zu unterscheiden, die Tablette zu stabilisieren oder einfach als „Schmuckkerbe“.

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

Das Anliegen der KVB ist es, Ihnen verstärkt zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit konkrete Informationen an die Hand zu geben, wie eine sichere medikamentöse Therapie möglichst einfach im Praxisalltag umgesetzt werden kann.

Dafür haben wir für Sie unter www.kvb.de die Seite Arzneimitteltherapiesicherheit in der Rubrik *Praxis/Verordnungen* eingerichtet. Hier finden Sie aktuelle sowie allgemein wichtige und praxisrelevante Informationen zum gesamten Themenkomplex „Arzneimitteltherapie“.

KBV-Ratgeber „Mehr Sicherheit für die Arzneimitteltherapie“

Die Arzneimitteltherapie gehört zweifelsohne zu den wichtigsten therapeutischen Maßnahmen in der täglichen Sprechstunde. Viele Erkrankungen lassen sich heute medikamentös wesentlich besser behandeln als noch vor Jahren. Doch die Arzneimitteltherapie birgt auch Risiken. Dabei geht es nicht nur um die Sicherheit des Medikaments an sich, sondern um den gesamten Medikationsprozess. Von der Therapieentscheidung über das Ausstellen des Rezeptes bis hin zur Therapieüberwachung – überall können Fehler passieren. Häufig können diese durch einfache Maßnahmen verhindert werden. Mit einer Broschüre möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Sie stärker für das Thema sensibilisieren und Sie unterstützen, unerwünschte Ereignisse in der Arzneimitteltherapie zu vermeiden. Wo überall Risiken lauern und Fehler passieren können, haben Wissenschaftler des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main zusammengestellt. Dabei wird der gesamte Medikationsprozess beleuch-

tet. Besondere Problembereiche wie die Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten werden näher erläutert. Fallbeispiele und viele praktische Tipps ergänzen die Informationen. Über Ihre Anregungen oder Fragen aus dem Praxisalltag zu diesem Themengebiet freuen wir uns. Bitte schreiben Sie uns an Arzneimitteltherapiesicherheit@kvb.de.

Patienteninformationen – Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) – Medikationsplan bei Polymedikation

Ohne einen detailliert ausgearbeiteten Medikationsplan ist eine verantwortliche Betreuung des Patienten nicht denkbar. Deshalb ist die Erarbeitung des Medikationsplans die Grundvoraussetzung für eine funktionierende AMTS. Das Problem vor allem für den Hausarzt ist, über sämtliche vom Patienten eingenommene Arzneimittel Bescheid zu wissen. Denn nicht nur der Hausarzt, auch die aufgesuchten Fachärzte verordnen Medikamente, und der Patient selbst holt sich frei verkäufliche Arzneimittel aus seiner Apotheke, die im Zusammenwirken mit anderen Pharmaka manchmal nicht ganz risikolos sind. Um einen Überblick zu erhalten, ist ein sogenannter Medikationsplan sinnvoll.

Hier notiert der Patient sämtliche eingenommenen Arzneimittel, jeweils mit Dosis, Darreichungsform und Applikationshäufigkeit. Dies ist ein hilfreicher erster Schritt, um ein neu auftretendes Symptom bei einem Patienten mit Polymedikation zu deuten.

Verschiedene Institutionen wie das Bündnis für Patientensicherheit haben einen solchen Medikationsplan entworfen und stellen ihn online

zur Verfügung. Auch die KVB bietet einen solchen Medikationsplan zum Herunterladen an. Den Medikationsplan und weitere Patienteninformationen zum Thema „Arzneimittel konsequent und richtig einnehmen“ finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelsicherheit*.

Bitte merken Sie sich zu diesem Thema auch folgende Termine unserer KVB-Seminare „Arzneimitteltherapiesicherheit in der Praxis“ vor:

KVB-Bezirksstelle Niederbayern

Lilienstraße 5-9, 94315 Straubing
Donnerstag, 27. September 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle München/ Oberbayern

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Mittwoch, 17. Oktober 2012
von 17.00 bis 19.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Oberpfalz

Yorckstraße 15
93049 Regensburg
Dienstag, 6. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Mittelfranken

Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg Donnerstag, 8.
November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Schwaben

Frohsinnstraße 2
86150 Augsburg
Donnerstag, 15. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Oberfranken

Brandenburger Straße 4
95448 Bayreuth
Dienstag, 27. November 2012
von 19.00 bis 21.00 Uhr

KVB-Bezirksstelle Unterfranken

Hofstraße 5
97070 Würzburg
Mittwoch, 12. Dezember 2012
von 17.00 bis 19.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21 oder online unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB – Seminare*. Weitere Hinweise zur Seminaranmeldung finden Sie auf den letzten Seiten dieser KVB INFOS.

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

MRSA-Informations- broschüre

Zum 1. April 2012 ist die neue „Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 87 Absatz 2a SGB V“ in Kraft getreten.

Die KVB stellt bereits ausführliche Informationen zu diesem Thema auf ihrer Internetseite bereit. Sie finden diese unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA*. Nun wurden diese Informationen um eine umfangreiche MRSA-Informationsbroschüre erweitert.

In der Broschüre mit dem Titel „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus – eine Informationsbroschüre der KVB mit Hinweisen zu Mikrobiologie, Epidemiologie, Hygienemaßnahmen, Screening und Dekolonisierung nach der Vergütungsvereinbarung MRSA“ sind folgende Inhalte zu finden:

- Allgemeine Informationen zu MRSA in der vertragsärztlichen Praxis
- Strategie der MRSA-Bekämpfung
- Hygienemaßnahmen bei MRSA-Patienten in der Arztpraxis und beim Hausbesuch
- Netzwerkaktivitäten in Bayern
- Antibiotikatherapie und MRSA-Selektion
- Abrechnung der Versorgung von MRSA-Trägern

Weiterhin wird auf die Themen sektorenübergreifende MRSA-Netzwerke und Beratungsangebote, MRSA-Fallkonferenzen/regionale Netzwerkkonferenzen und auf das Verordnungsvorgehen eingegangen. Ein Glossar, ein Literaturverzeichnis mit Quellenangaben sowie weiter-

MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen

führende Informationen und Links runden die Broschüre ab. Diese steht ab sofort für Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA* als Download bereit.

Sie finden hier auch ein ausführliches Merkblatt für betroffene Patienten und deren Angehörige sowie ein Merkblatt für Pflegeheime. Diese Merkblätter können als Kopiervorlagen verwendet und beispielsweise an Patienten weitergegeben werden.

Voraussetzung für die Genehmigung zur Abrechnung der MRSA-Ziffern des EBM ist eine spezifische Qualifizierung. Dafür bietet die KVB Präsenzfortbildungen an, die in diesem Jahr in allen KVB-Bezirksstellen durchgeführt werden. Die Termine und einen Genehmigungsantrag finden Sie ebenfalls unter dem genannten Link. Alternativ besteht für KVB-Mitglieder die Möglichkeit einer kostenlosen Online-Fortbildung unter www.curacampus.de (Hygienemanagement 5 – Versorgung von MRSA-Patienten).

GOP 86778 – Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA (einmal im Behandlungsfall)

Die Teilnahme an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz ist freiwillig und keine Voraussetzung zur Abrechnung der GOPen 86770, 86772, 86776, 86780 und 86781.

Wenn Sie dagegen die GOP 86778 abrechnen, verpflichten Sie sich im Genehmigungsantrag, an einer von der KVB anerkannten MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz im Sinne von Paragraph 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung MRSA teilzunehmen.

MRSA-Fallkonferenzen und/oder Netzwerkkonferenzen können durch Ihr örtliches Gesundheitsamt, im

Rahmen einer MRSA-Fallkonferenz im Qualitätszirkel oder durch Praxisnetze, MVZ oder Krankenhäuser organisiert und durchgeführt werden.

Die KVB veröffentlicht unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/MRSA/Netzwerke und Termine* regelmäßig die ihr gemeldeten Termine. In der nachfolgenden Tabelle finden Sie alle von der KVB anerkannten MRSA-Fallkonferenzen und Netzwerkkonferenzen (Stand 27. Juli 2012).

Details zum Veranstaltungsort und zur Anmeldung sowie weitere Termine finden Sie ebenfalls unter dem oben genannten Link. Bitte setzen Sie sich bei Interesse direkt mit dem Veranstalter in Verbindung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Mitarbeiter unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 Fax 09 11 / 9 46 67 – 4 00
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

Bei Fragen erreichen Sie das Team Hygiene und Qualitätsmanagement der KVB unter
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36
 09 11 / 9 46 67 – 2 21
 09 11 / 9 46 67 – 3 22
 E-Mail Hygiene-Beratung@kvb.de

- Bei Fragen zu den Themen
- MRSA/multiresistente Erreger
 - Antibiotikatherapie
 - Mikrobiologische Diagnostik

erreichen Sie unseren Experten Dr. Lutz Bader montags von 14.00 bis 15.00 Uhr unter
 Telefon 0 89 / 5 70 93 - 34 77

Datum	Uhrzeit	Veranstalter
12. September 2012	14.00 bis 16.00 Uhr	Gesundheitsamt Neumarkt in der Oberpfalz
12. September 2012	14.00 bis 16.00 Uhr	Referat für Gesundheit und Umwelt, München
19. September 2012	15.00 bis 17.15 Uhr	Gesundheitsamt Pfaffenhofen an der Ilm
31. Oktober 2012	14.30 Uhr	Gesundheitsamt im Landratsamt Forchheim
14. November 2012	19.00 bis 20.30 Uhr	Landratsamt Neu-Ulm und Landratsamt Alb-Donau-Kreis
14. November 2012	16.00 bis 18.00 Uhr	Gesundheitsamt Nürnberg
12. Dezember 2012	14.00 Uhr	Landratsamt Kulmbach Staatliches Gesundheitsamt

Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

Die Ultraschall-Vereinbarung wird zum 1. Juli 2012 in Paragraph 16 Absatz 4a wie folgt ergänzt:

„Wurde eine Prüfung nach Absatz 4 in dem genannten Zeitraum nicht durchgeführt, gilt Folgendes: Der Nachweis der Erfüllung der Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 Absatz 1 bis 3 hat abweichend von Absatz 4 Satz 1 spätestens bis zum 31. März 2015 zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Arzt unverzüglich mitgeteilt. Kann der Nachweis nicht geführt werden, ist die Genehmigung spätestens vier Wochen nach Bekanntgabe des Bescheides – gegebenenfalls gerätebezogen – zu widerrufen.“

Das bedeutet einerseits, dass die Übergangsregelung für die initiale Abnahmeprüfung für bereits vor dem 1. April 2009 verwendete Ultraschall-systeme (Bestandsgeräte) bis Ende März 2015 verlängert wurde. Die bisherige Übergangsfrist bis zum 31. März 2013 wird dahingehend beibehalten, dass alle bis dahin geprüften Systeme, die die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Paragraph 9 nicht erfüllen, nach diesem Zeitpunkt nicht mehr in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden dürfen.

Seit Anfang des Jahres werden von der KVB alle Einzelpraxen, Belegklinien und ermächtigte Ärzte in Bayern bezüglich der Vorlage der erforderlichen Unterlagen (Gewährleistungserklärung und Bilddokumentationen) für die initiale Abnahmeprüfung für Bestandsgeräte angeschrieben. Die abschließende Prüfung und Verbescheidung der eingereichten Unterlagen der Einzelpraxen ist bis Ende 2012 geplant. Im Jahr 2013 werden wir von den Berufs-

ausübungsgemeinschaften die Unterlagen anfordern. Im Jahr 2014 ist die Anforderung der Unterlagen von den MVZs sowie den Dialyseeinrichtungen geplant.

Bitte reichen Sie uns die erforderlichen Unterlagen erst nach Erhalt unseres Anforderungsschreibens ein. In der Regel haben Sie nach Eingang unseres Anforderungsschreibens sechs Wochen Zeit, um die erforderlichen Unterlagen einzureichen. Unabhängig von unserem Anforderungsschreiben können Sie sich jedoch vorab an den Hersteller, Vertreiber oder Wartungsdienstleister Ihres Ultraschallsystems wenden und um eine aktuelle (nach dem 1. April 2009) ausgestellte Gewährleistungserklärung bitten. Anhand der Gewährleistungserklärung können Sie erkennen, ob Ihr Ultraschallsystem über die entsprechende Übergangsfrist hinaus weiter verwendbar ist.

Das Formular für eine aktuelle Gewährleistungserklärung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Service und Beratung/Formulare/Buchstabe „S“/Sonographieantrag – Gewährleistungserklärung*.

Sofern Sie anhand der Gewährleistungserklärung erkennen, dass Ihr Ultraschallsystem nicht weiter verwendbar ist, empfehlen wir Ihnen, sich zeitnah ein neues Ultraschallsystem anzuschaffen. Sofern Sie sich ein neues Ultraschallsystem unabhängig von der anstehenden initialen Abnahmeprüfung Ihrer Bestandsgeräte anschaffen, ist die Apparateänderung mit der oben genannten Gewährleistungserklärung sowie mit Bilddokumentationen für die initiale Abnahmeprüfung für das Neugerät erforderlich.

Die Änderung der Ultraschall-Vereinbarung bedeutet andererseits, dass alle ab dem 1. April 2013 geprüften Systeme, die die Anforderungen an die apparative Ausstattung nicht erfüllen, noch vier Wochen nach Bekanntgabe des Bescheides weiter verwendet werden dürfen.

Weiterführende Informationen zur initialen Abnahmeprüfung bei Neugeräten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Ultraschallvereinbarung/Prüfungen/Initiale Bildprüfung*.

Sonographie: Korrekturbedarf bei Genehmigungen

Die Ultraschall-Vereinbarung schreibt vor, dass der Sendefokus auf der Bilddokumentation erkennbar sein muss. Bei einigen Typen von Toshiba-Geräten ist der Sendefokus von der Empfangsseite auf die Sendeseite verlagert worden. Daher wird bei diesen Geräten der Sendefokus nicht angezeigt. Aufgrund dessen hat die Firma Toshiba bisher auf den Gewährleistungserklärungen angegeben, dass solche Geräte nur befristet bis zum 31. März 2013 in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden dürfen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Problematik geprüft und entschieden, dass bei diesen Toshiba-Geräten die Anforderung an die Anzeige des Sendefokus optional ist. Damit können diese Geräte unbefristet weiter verwendet werden, wenn sie alle anderen Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung erfüllen.

Hörgeräteversorgung Kinder

Betroffen von dieser Regelung sind Toshiba-Geräte folgender Typen:

- Capasee (SSA-220A)
- JustVision 200 (SSA-320A)
- JustVision 400 (SSA-325A)
- Famio 5 (SSA-510A)
- Famio 8 (SSA-530A)
- Famio XG (SSA-530A/E4)

Alle Inhaber eines solchen Toshiba-Gerätes mit einer befristeten Ultraschall-Genehmigung werden wir diesbezüglich anschreiben und im Einzelfall prüfen, ob eine Entfristung möglich ist. Falls Sie an einer Prüfung unabhängig von unserem Anschreiben interessiert sind, reichen Sie bitte eine aktuelle Gewährleistungserklärung Ihres Gerätes bei der KVB, CoC Qualitätssicherung ein.

Korrekturbedarf bei unbefristeten Genehmigungen von Sonoace-Ultraschallgeräten

Die Ultraschall-Vereinbarung schreibt für jede Anwendungsklasse einen bestimmten Empfangsdynamikbereich vor. Bei einigen Typen von Geräten der Firma Sonoace kann nicht der geforderte Empfangsdynamikbereich eingehalten werden. Die Firma Sonoace hat bisher fälschlicherweise auf den Gewährleistungserklärungen angegeben, dass solche Geräte unbefristet in der vertragsärztlichen Versorgung weiter verwendet werden dürfen. Nun wurde dieser Fehler seitens der Firma Sonoace erkannt und muss korrigiert werden.

Betroffen von einer möglichen Korrektur sind folgende Gerätentypen von Sonoace:

- SA 600
- SA 1500

- SA 3200
- SA 5000
- SA 5500
- SA 6000
(ohne Zusatzbezeichnung)

Alle Inhaber eines solchen Sonoace-Gerätes mit einer unbefristeten Ultraschall-Genehmigung werden wir diesbezüglich anschreiben und im Einzelfall prüfen, ob eine Befristung nötig ist. Falls Sie an einer Prüfung unabhängig von unserem Anschreiben interessiert sind, reichen Sie bitte eine aktuelle Gewährleistungserklärung Ihres Gerätes bei der KVB, CoC Qualitätssicherung, ein.

Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Befristung Ihres Gerätes, dieses nur bis zum 31. März 2013 weiter verwendet werden kann. Bitte kümmern Sie sich in diesem Fall rechtzeitig um die Anschaffung eines neuen Gerätes, um Sonographieleistungen weiterhin in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen zu können.

Am 1. Juli 2012 ist die neue **Qualitäts-sicherungsvereinbarung Hörgeräte-versorgung (QSV) Kinder** in Kraft getreten. Damit wurde die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder (als Kinder gelten Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) **20338, 20339, 20340 und 20377 beziehungsweise 20378 EBM** genehmigungspflichtig.

Die von der QSV betroffenen Fachärzte wurden vorab per Rundschreiben informiert, siehe www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung (Kinder)*. Die Genehmigungsanträge können unter www.kvb.de in der Rubrik *Formulare/Buchstabe „H“/Hörgeräteversorgung (Kinder)* abgerufen werden.

Für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, die vor Inkrafttreten der QSV regelmäßig Leistungen entsprechend der GOP 20340 oder 09340 EBM erbracht und abgerechnet haben, gilt eine **Übergangsregelung** nach Paragraph 11 Absatz 1 QSV:

Sie können unter erleichterten Voraussetzungen eine Genehmigung erhalten, wenn Sie

- innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QSV – bis **31. Dezember 2012** – einen **Antrag** stellen und
- den Nachweis der Anforderungen an die Praxisausstattung nach Paragraph 4 QSV innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung erbringen.

Ärzte der oben genannten Fachgruppen, die **nicht unter die Übergangsregelung fallen**, müssen zur Erteilung der Genehmigung gemäß Paragraph 3 QSV Folgendes nachweisen:

- **50 elektrische Reaktionsaudiometrien (ERA)** im Kindesalter, **50 Hörschwellenbestimmungen** mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und **25 Kindersprachtests** entsprechend dem Sprachentwicklungsalter, sowie selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten fünf Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes
- Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **zehn Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung**.

Zur Erteilung der Genehmigung sind außerdem gemäß Paragraph 4 QSV Anforderungen an die räumliche **Praxisausstattung** zu erfüllen:

- **schallreduzierter Raum** (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- **Kinderaudiometrieanlage**
 - mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprechern entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0

Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen

- Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten: ein Meter
- Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bildarbbietung rechts und links
- zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus
- **zweikanalige BERA** für die Untersuchungen mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie
- **Testmaterial für Sprachaudiometrie** gemäß des Sprachentwicklungsalters (zum Beispiel Mainzer, Oldenburger Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3
- **binokulares Ohrmikroskop**
- **Möglichkeit zur Impedanzmessung** (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Ärzte, denen die Genehmigung erteilt wird, haben bei der Hörgeräteversorgung bei Kindern folgende Anforderungen einzuhalten:

Organisatorische Anforderungen nach Paragraph 6 QSV: strukturierter regelmäßiger Austausch mit an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen, regelmäßige Schulung der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich Audiometrie und der audiologischen Grundlagen, regelmäßige Wartung der Untersuchungsgeräte und Instrumentarien entsprechend den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung mit Dokumentation in den Gerätebüchern.

Der in Paragraph 5 QSV geregelte **Umfang der Hörgeräteversorgung** ist einzuhalten. Danach umfasst die Versorgung und Betreuung nach den Vorgaben der QSV unter Berücksichtigung von Alter und Entwicklungsstatus des Kindes insbesondere Folgendes:

1. Vor Verordnung mit Hörgeräten:

- Medizinische Anamnese und Ermittlung gegebenenfalls schon erfolgter Hilfsmittelversorgung
- Befunderhebung durch binokuläre ohrmikroskopische Untersuchung des Patienten
- Audiologische Differenzialdiagnostik der Hörstörung durch subjektive Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie beziehungsweise sobald entwicklungsbedingt durchführbar, Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial, Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle) und objektive Audiometrieverfahren (Impedanzaudiometrie, otoakustische Emissionen, BERA)
- Erhebung und Dokumentation des Sprachentwicklungsstandes vor der Hörgeräteversorgung sobald entwicklungsbedingt durchführbar
- Indikationsstellung und individuelle Bedarfsanalyse zur in der Regel beidseitigen Versorgung mit Hörgeräten, Beratung des Erziehungsberechtigten über die aufgrund der erhobenen audiologischen Befunde im jeweiligen Einzelfall bestehenden altersgerechten gerätetechnischen Versorgungsmöglichkeiten
- Verordnung eines Hörgerätes unter Verwendung des Musters 15 (Ohrenärztliche

Verordnung einer Hörhilfe) der Vereinbarung über Vor- drucke für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich Information patientenindividueller Besonderheiten an den Hörgeräte-(Päd-)akustiker

- Information des Erziehungsberechtigten zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten seitens der Kostenträger.

2. Nach Verordnung von Hörgeräten:

- Anamnese des Trageverhaltens (Kontrolle der Hörgeräthandhabung, Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes), Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en)
- morphologische Befundkontrolle, Überprüfung des durch den Hörgeräteakustiker gemachten Versorgungsvorschlags nach vergleichender Hörgerätestung
- Erfolgskontrolle mittels Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie beziehungsweise – sobald entwicklungsbedingt durchführbar – Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial)
- gegebenenfalls Rücksprache mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker bei Befundabweichungen
- Dokumentation der Hilfsmittelabnahme mit Angabe, inwieweit der Hörgeräteversorgungsvorschlag dem aufgestellten Versorgungskonzept entspricht und Dokumentation des erzielten Versorgungsergebnisses (in der Regel binaural)
- gegebenenfalls Rücksprache mit den einbezogenen Thera-

peuten und/oder Koordination mit pädagogischen Einrichtungen. Gegebenenfalls Indikationsstellung zu weiteren therapeutischen Maßnahmen

- gegebenenfalls die Nachbetreuung (Nachsorge) nach im Rahmen der Erfolgskontrolle individuell festgelegten Intervallen (zum Beispiel Kontrolle Hörstörung bedingender Grund- und Begleiterkrankungen des Ohres, im Falle eines Hinweises auf eine Verschlechterung des Hörvermögens und verändertem Gebrauch des Hörgerätes, Prüfung der Möglichkeit der Ergänzung des Versorgungskonzeptes)

Anforderungen an die **ärztliche Dokumentation** nach Paragraph 7 QSV, unter anderem:

- Aus der ärztlichen Dokumentation muss der Umfang der Hörgeräteversorgung nach Paragraph 5 QSV vollständig und nachvollziehbar hervorgehen.
- Für die Dokumentation ist das **„Ergänzungsblatt zur Verordnung“**, Anlage 2 zur QSV, vorgesehen.
- Die Datenübertragung soll künftig **elektronisch** erfolgen, Anlage 1 zur QSV. Bis zum Aufbau einer flächendeckenden IT-Infrastruktur wird die Pflicht zur elektronischen Dokumentation ausgesetzt. Sie beginnt am **1. Juli 2013** (Paragraph 11 Absatz 2 QSV). Einzelheiten zur Umsetzung der elektronischen Dokumentation wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch veröffentlichen.
- Zur Überprüfung der Güte des Dokumentationsinstruments erfolgen für einen Zeitraum von zwei Jahren ab **1. Juli 2013 Stich-**

probenprüfungen, indem von zehn Prozent der Ärzte die Dokumentationen zu fünf abgerechneten Fällen angefordert werden, siehe Protokollnotiz zur QSV.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung sind gemäß Paragraph 8 QSV regelmäßig **Auflagen** zu erfüllen: **jährliche messtechnische Kontrollen** der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien durch einen zugelassenen Wartungsdienst sowie Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen, insbesondere bei Kindern, sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren**.

Den vollständigen Text der QSV und weitere Informationen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/Hörgeräteversorgung (Kinder)*.

Änderung der QSV zur Koloskopie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur Koloskopie wurde zum 1. Juli 2012 in zwei Punkten geändert:

1) Verlängerung des Prüfungsturnus auf zwei Jahre bei Erfüllung der Anforderungen

Ärzte mit Koloskopie-Genehmigung, die im Rahmen der jährlichen Stichprobenprüfung der ärztlichen Dokumentationen zu totalen Koloskopien und Polypektomien die Anforderungen der QSV erfüllt haben, werden künftig erst wieder nach zwei Jahren zur nächsten Regelprüfung angefordert. Die Verlängerung des Prüfungsturnus wird erstmals auf alle Ärzte angewandt, die bei der Regelanforderung 2011 die Anforderungen erfüllt haben.

2) Hygieneprüfung soll unangemeldet erfolgen

Die Überprüfung der Hygienequalität der Koloskope soll künftig stets „unangemeldet“ erfolgen. Diese Regelung ist im Hinblick darauf, dass Praxisbegehungen in der Regel nur mit Einwilligung des Praxisinhabers in die konkrete Begehung zulässig sind, rechtlich bedenklich. Darüber hinaus ist eine unangemeldete Prüfung oftmals mit dem Praxisbetrieb nicht vereinbar. Es wird daher derzeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geklärt, ob und wie die Regelung rechtskonform umgesetzt werden kann. Die betroffenen Ärzte und Hygieneinstitute werden zu gegebener Zeit über das Ergebnis und eventuelle Änderungen im Ablauf der Hygieneprüfungen informiert.

Aus- und Fortbildung von QZ-Moderatoren

Qualitätszirkel (QZ) haben sich als Instrument der Qualitätsentwicklung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bewährt. Die Arbeit und der kollegiale Austausch in Qualitätszirkeln können als ein wichtiger Bestandteil der verpflichtenden kontinuierlichen medizinischen Fortbildung gesehen werden.

In Bayern erfolgt die Aus- und Fortbildung der Moderatoren für die Qualitätszirkelarbeit unter Anerkennung der Kammern ausschließlich nach dem bewährten Qualitätszirkelkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieses Konzept zur Unterstützung der QZ-Arbeit wurde nach langjährigen Erfahrungen der einzelnen KVen im Bereich der QZ-Arbeit entwickelt und verfolgt zwei Ziele:

- Ausbildung von Qualitätszirkel-Tutoren als Trainer und Multiplikatoren
- Förderung und Qualitätssicherung der QZ-Arbeit durch die Bereitstellung inhaltlich-didaktischer Konzepte (Dramaturgien)

Das Qualitätszirkelkonzept der KBV und der KVen wurde in Zusammenarbeit mit erfahrenen ärztlichen und psychotherapeutischen QZ-Tutoren sowie unter Mitwirkung von Professor Marcus Siebolds von der Katholischen Hochschule NRW in Köln konzipiert. Es beinhaltet:

- Qualifizierung erfahrener Moderatoren zu Tutoren
- Ausbildung von Moderatoren durch Tutoren
- Leitung lokaler Moderatorenentretreffen
- Moderatorenfortbildung
- Entwicklung von QZ-Dramaturgien für die Umsetzung in Zirkeln

Ein Teil dieses Konzepts sieht die Ausbildung von Moderatoren durch QZ-Tutoren unter den Vorgaben des QZ-Handbuchs der KBV vor. Dadurch ist eine hochwertige und bundesweit anerkannte Aus- und Fortbildung von Moderatoren gewährleistet, die im Anschluss eine selbstbestimmte und kontinuierliche Qualitätszirkelarbeit von Vertragsärzten und -psychotherapeuten ermöglicht.

Die Aus- und Fortbildung im Rahmen des Qualitätszirkelkonzepts der KBV wurde von ihr im September 2011 bundesweit bei zirka 100 angehenden Moderatoren evaluiert. Die Grundlage hierfür waren validierte Fragebögen, die gemeinsam mit Professor Siebolds und erfahrenen QZ-Tutoren entwickelt wurden.

Die Teilnehmer erhielten einen Fragebogen mit zu bewertenden Aussagen und Fragen zur Qualität der Moderatorengrundausbildung (in Bayern Kompaktkurs), wie zum Beispiel:

- Der Tutor hat verständlich vermittelt, dass das professionelle Selbstverständnis durch QZ-Arbeit und Moderatorenentätigkeit unterstützt wird *oder*
- Der Tutor hat so moderiert, dass am Ende ein praxisrelevantes Ergebnis steht.

Ein zweiter Fragebogen enthielt sieben Fragen zur Selbsteinschätzung der Teilnehmer hinsichtlich der Ausbildung, wie zum Beispiel:

- Die Veranstaltung hat meine Erwartungen an eine QZ-bezogene Moderatorenausbildung erfüllt.
- Ich habe die Veranstaltungsteilnahme als wichtig für meine eigene Moderatorenentätigkeit erlebt.

Quartalsübergreifende Überweisungen

Die Aussagen waren auf einer fünfstelligen Skala von „trifft voll zu“ (1) bis „trifft nicht zu“ (5) zu bewerten.

Gutes Ergebnis

Das Ergebnis dieser Umfrage belegt durchgehend eine hohe Qualität der Ausbildung von QZ-Moderatoren. In den 19 aus Bayern eingegangenen Fragebögen lagen die Bewertungen durchgehend zwischen „1“ und „1,5“, in einem Fall bei „1,8“ – ein erfreuliches Ergebnis. Das bestätigt, dass die KVB mit der Ausbildung von QZ-Moderatoren durch erfahrene QZ-Tutoren nach dem KBV-Konzept auf dem richtigen Weg ist.

Bei einer weiteren Erhebung mit Teilnehmern zu ihren Erfahrungen mit der QZ-Arbeit wurde eine hohe Akzeptanz des Instruments „Qualitätszirkel“ für eine strukturierte, qualitätsgesicherte und zertifizierte Fortbildung festgestellt. Über 70 Prozent der Befragten gaben an, dass sie mit der Qualitätszirkelarbeit sehr zufrieden sind. Fast 80 Prozent bestätigten, dass ihre QZ-Arbeit als zertifizierte Fortbildungsveranstaltung anerkannt ist und damit als selbstbestimmte Fortbildung insgesamt eine hohe Wertschätzung erfährt.

Gründen Sie Ihren eigenen Qualitätszirkel

Die KVB unterstützt ihre Mitglieder bei der Organisation der Qualitätszirkelarbeit durch QZ-Tutoren, Moderatorenaus- und -fortbildungen sowie durch finanzielle Förderung. Im Jahr 2011 haben innerhalb der KVB 629 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel mit 14.765 Teilnehmern gearbeitet und in rund 2.500 Sitzungen dokumentiert.

Die finanzielle Förderung von Aus- und Fortbildung der Qualitätszirkel-Moderatoren liegt der KVB besonders am Herzen. So sind zum Beispiel die Kompaktseminare für die ärztlichen und psychotherapeutischen Moderatoren kostenfrei, wenn ein Moderator danach innerhalb von drei Monaten einen Qualitätszirkel gründet. Eine finanzielle Förderung wird für die Dokumentation von QZ-Sitzungen in der eQZ gewährt.

Organisatorisch wird die QZ-Arbeit der KVB durch die internetbasierte Plattform eQZ unterstützt. Weiterhin finden jährlich mehrere lokale Moderatorentreffen in kleinem Rahmen in den einzelnen Bezirksstellen sowie zwei große regionale Treffen für alle interessierte Moderatoren statt. Das Erlernen neuer Dramaturgien durch QZ-Tutoren, der Austausch von Erfahrungen und der rege Kontakt zwischen Moderatoren untereinander und Tutoren stehen dabei im Vordergrund. Durch die Neugestaltung der QZ-Grundsätze der KVB zum 1. Januar 2012 werden sowohl sektorenübergreifende Qualitätszirkel gefördert als auch Qualitätszirkel von Berufsverbänden in vorhandene Ressourcen eingebunden.

Bei Fragen zur Gründung von Qualitätszirkeln und zur Moderatorenausbildung erreichen Sie unsere Experten

Wiebke Robl
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 36

Michael Sachse
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 21

E-Mail QZ-Beratung@kvb.de

Patienten, die am Quartalsende zum Facharzt überwiesen werden, erhalten mitunter keinen kurzfristigen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungstermin. Dies führt dazu, dass Überweisungen im neuen Quartal erneut ausgestellt werden. Doch das ist unnötig, denn die bereits ausgestellte Überweisung behält auch im Folgequartal ihre Gültigkeit, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige Krankenversicherungskarte vorweisen kann.

Die Vordruckvereinbarung der Bundesmantelverträge enthält keine Einschränkung, wonach eine Überweisung im gleichen Quartal ausgestellt sein muss. Im Gegenteil: Die Partner der Bundesmantelverträge haben vereinbart, dass der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden kann, wenn der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal beginnt. Unabhängig vom gültigen Überweisungsschein ist allerdings bei quartalsübergreifender Inanspruchnahme die Praxisgebühr in der Facharztpraxis erneut zu entrichten, da diese immer nur für ein Quartal gilt.

Wenn Sie einen Patienten mit einem Überweisungsschein aus dem Vorquartal zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung oder im Rahmen einer Auftragsleistung, bei der ein Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, behandeln, kennzeichnen Sie den Überweisungsschein bitte mit der **GOP 80030**. Mehr hierzu erfahren Sie in der „Stichwortsammlung-Praxisgebühr“ der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Abrechnung/Abgabe/Praxisgebühr*.

Urteil rituelle Zirkumzision

In den letzten Monaten hat ein Urteil des Landgerichts Köln zur rituellen Zirkumzision medial für viel Wirbel gesorgt. Für die vertragsärztliche Versorgung gilt ungeachtet dessen, dass eine Beschneidung zulasten der GKV – wie jede andere Behandlung eines Vertragsarztes – nur im Fall einer entsprechenden medizinischen Indikation (zum Beispiel Phimose) abrechnungsfähig ist.

Im Folgenden hat die Rechtsabteilung der KVB die wichtigsten Inhalte des Urteils zusammengefasst.

Die Beschneidung erfüllt – wie jede andere auf die körperliche Unversehrtheit einer Person bezogene Behandlung eines Arztes, auch wenn der Eingriff nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen wurde und erfolgreich ist – den Tatbestand der Körperverletzung, die nur dann rechtmäßig ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Insbesondere die wirksame Einwilligung des Betroffenen oder dessen gesetzlichen Vertreters stellt einen Rechtfertigungsgrund dar.

Die Beschneidung aus religiösen Gründen, soweit sie an nicht einwilligungsfähigen Knaben auf Wunsch der Eltern durchgeführt werden soll, ist unter dem Gesichtspunkt des Straftatbestandes der Körperverletzung gemäß Paragraph 223 Absatz 1 StGB unzulässig. Nach dem Urteil des Landgerichts (LG) Köln vom 7. Mai 2012 (Az. 151 Ns 169/11) ist der Eingriff strafbar.

Das Gericht stellt hierzu Folgendes fest:

- Die aufgrund elterlicher Einwilligung aus religiösen Gründen von einem Arzt ordnungsgemäß durchgeführte Beschneidung

eines nicht einwilligungsfähigen Knaben ist nicht unter dem Gesichtspunkt der sogenannten „Sozialadäquanz“ vom Straftatbestand ausgeschlossen, denn dieser kommt neben der strafatbestandlichen Verhaltensmissbilligung keine selbstständige Bedeutung zu.

- Die Handlung ist auch nicht durch Einwilligung gerechtfertigt. Eine wirksame Einwilligung eines vierjährigen Kindes kommt mangels hinreichender Verstandesreife nicht in Betracht. Die Einwilligung der Eltern vermag die tatbestandsmäßige Körperverletzung nicht zu rechtfertigen, weil gemäß Paragraph 1627 Satz 1 BGB vom Sorgerecht nur Erziehungsmaßnahmen gedeckt sind, die dem Wohl des Kindes dienen. Zum Wohl des Kindes wäre die Einwilligung in eine Beschneidung, wenn diese aus medizinischen Gründen vorgenommen wird. Die Beschneidung des nicht einwilligungsfähigen Knaben aus religiösen Gründen entspricht dagegen „weder unter dem Blickwinkel der Vermeidung einer Ausgrenzung innerhalb des jeweiligen religiös gesellschaftlichen Umfeldes noch unter dem des elterlichen Erziehungsrechts dem Wohl des Kindes“.

Jüdische und muslimische Religionsvertreter haben das Urteil des Landgerichts Köln kritisiert und reklamieren aufgrund der grundrechtlich geschützten Religionsfreiheit sowie im Hinblick auf die seit Jahrtausenden durchgeführte Praxis das Recht auf rituelle Beschneidung. Das Gericht stellte dazu fest, dass die Grundrechte der Eltern aus Artikel 4 Absatz 1 GG und Artikel 6 Absatz 2 GG ihrerseits durch das Grundrecht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestim-

mung gemäß Artikel 2 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 GG begrenzt werden.

Der angeklagte Arzt, ein frommer Muslim, wurde lediglich deshalb nicht verurteilt, weil er nach den Feststellungen des Gerichts in einem unvermeidbaren Verbotsirrtum und damit ohne Schuld handelte (Paragraph 17 Satz 1 StGB). Das Gericht hielt den Verbotsirrtum hier für unvermeidbar, weil die Rechtslage zum Zeitpunkt des Geschehens – insbesondere aufgrund der in der Literatur nicht einheitlichen Beantwortung der maßgeblichen Fragestellungen – insgesamt unklar war.

Diese Unklarheit ist nun mit dem vorliegenden rechtskräftigen Urteil nicht mehr gegeben. Das bedeutet, dass nun jedem Arzt, der Beschneidungen aus rein religiösen Gründen durchführt, die strafrechtliche Relevanz seines Tuns bewusst sein muss. Dies gilt umso mehr, als in allen Medien über das Urteil berichtet wurde.

Neues zu DMP-Feedbackberichten

DMP-Feedbackberichte für das 1. Halbjahr 2012 erstellt

Für die DMP Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit hat die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern aus den DMP-Dokumentationen des ersten Halbjahres 2012 die DMP-Feedbackberichte erstellt. Koordinierende Ärzte erhalten damit eine praxisindividuelle Rückmeldung, in welchem Maße sie die Qualitätsziele erreicht haben. Mittels SmarAkt – dem Aktenarchivsystem der KVB – kann jeder DMP-Arzt die Feedbackberichte seiner Praxis online einsehen: Wählen Sie dafür unter „Aktentyp“ die „DMP-Akte“ aus und geben Sie den gewünschten Berichtszeitraum ein (zum Beispiel „20121“ für das erste Halbjahr 2012).

Automatisches Löschen der DMP-Feedbackberichte in SmarAkt nach zwei Jahren

Künftig werden alle in SmarAkt eingestellten Feedbackberichte zwei Jahre nach Einstellung gelöscht. Darüber hinaus werden bei der erstmaligen Löschaktion auch alle älteren Feedbackberichte, die seit vielen Jahren eingestellt sind, gelöscht. Das erstmalige Löschen aller älteren archivierten DMP-Feedbackberichte in SmarAkt findet im **Dezember 2012** statt.

Informationen und Zugang zu SmarAkt erhalten Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Online-Angebote/SmarAkt*.

Bei Fragen erreichen Sie die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung DMP Bayern unter

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 36
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 55
 E-Mail info@ge-dmp-bayern.de

DMP-Datenstelle Bayern: Neue Servicenummer

Seit 1. August 2012 erreichen Sie das Servicetelefon der DMP-Datenstelle unter der neuen Telefonnummer **0 89 / 3 27 33 – 26 00**.

Die Ihnen bekannten Servicezeiten bleiben davon unberührt. Sie erreichen uns weiterhin:

Montag bis Donnerstag
 von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
 Freitag
 von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr

JVA Stadelheim sucht Unterstützung

Die Justizvollzugsanstalt Stadelheim in München sucht Unterstützung durch niedergelassene Ärzte. Die dortige medizinische Versorgung umfasst 1.400 Patienten im ambulanten und 60 bis 70 Patienten im stationären Bereich. Für die Nachtstunden im Zeitraum zwischen 19.45 Uhr bis zirka 8.00 Uhr sucht der Leitende Anstaltsarzt Unterstützung durch niedergelassene Ärzte aus München. Hauptsächlich wären telefonische Absprachen mit dem Pflegepersonal vor Ort. Besuche in der JVA stellen eine Ausnahme dar.

Genauere Informationen (auch zur Vergütung) erhalten Sie von:

Dr. O. Wagenknecht
 Medizinaloberrat
 Leitender Anstaltsarzt
 Krankenabteilung der Justizvollzugsanstalt München
 Telefon 0 89 / 6 99 22 – 6 00

Datenschutz überprüft Arztpraxen

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) intensiviert im Jahr 2012 das Thema „Datenschutz in der Arztpraxis“ und überprüft einzelne Arztpraxen.

Nach dem für Arztpraxen gültigen Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) haben Praxen einen Beauftragten für den Datenschutz zu bestellen, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Zum Beauftragten für den Datenschutz darf nur bestellt werden, wer die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie im Handbuch „Datenschutz in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis“ unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Sonstige Bestimmungen/Datenschutz*.

Außerdem weisen wir in diesem Zusammenhang auf den Artikel des Präsidenten des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht (BayLDA) im Bayerischen Ärzteblatt 7-8/2012 hin.

Bei Fragen erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten der KVB, Peter Einhell, unter

Telefon 09 41 / 39 63 – 1 65
 Fax 09 41 / 39 63 – 6 87 03
 E-Mail kvbdatschutz@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 praxisbezogen.

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 und Update Modul I) 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 (Paragraf 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, 13. Oktober 2012
Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012
Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen
- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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, 26. September 2012
Regensburg/KVB
- 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

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

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*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle 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
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

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

EBM-Grundlagenworkshop operativ tätige Fachärzte

Wiedereinstieg in die Praxis

Gründer-/Abgeberforum Psychotherapeuten

Abrechnungsworkshop Hausärzte mit hausärztlichen Kinderärzten

Abrechnungsworkshop Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendlichen-Psychiater

Abrechnungsworkshop Chirurgen

Abrechnungsworkshop Internisten mit Schwerpunkt und fachärztliche Internisten

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Patientenorientiertes Marketing

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte

Abrechnungsworkshop Orthopäden/Reha

Telefonkommunikation: Auffrischung und Vertiefung

Abrechnungsworkshop HNO

Abrechnungsworkshop Operateure und Belegärzte

Die Zukunft heißt „Online“ – die Onlinedienste der KVB

QM-/QZ-Seminare

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

Lokales Moderatorentreffen

Kompaktkurs für ärztliche QZ-Moderatoren

Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	20. September 2012	14.00 bis 17.30 Uhr	Würzburg
	kostenfrei	22. September 2012	10.00 bis 14.00 Uhr	Nürnberg
	kostenfrei	22. September 2012 10. Oktober 2012	10.00 bis 16.00 Uhr 15.00 bis 19.00 Uhr	München Straubing
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
		26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	München
		27. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
		10. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
		4. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Nürnberg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	28. September 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Hausärzte	120,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Bayreuth
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	95,- Euro	5. Oktober 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	9. Oktober 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	10. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahme- gebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	26. September 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Würzburg
		17. Oktober 2012	15.00 bis 18.30 Uhr	Augsburg
ärztliche QZ-Moderatoren	kostenfrei	5. Oktober 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
QZ-interessierte Ärzte	110,- Euro	29. September 2012	9.00 bis 18.00 Uhr	München

