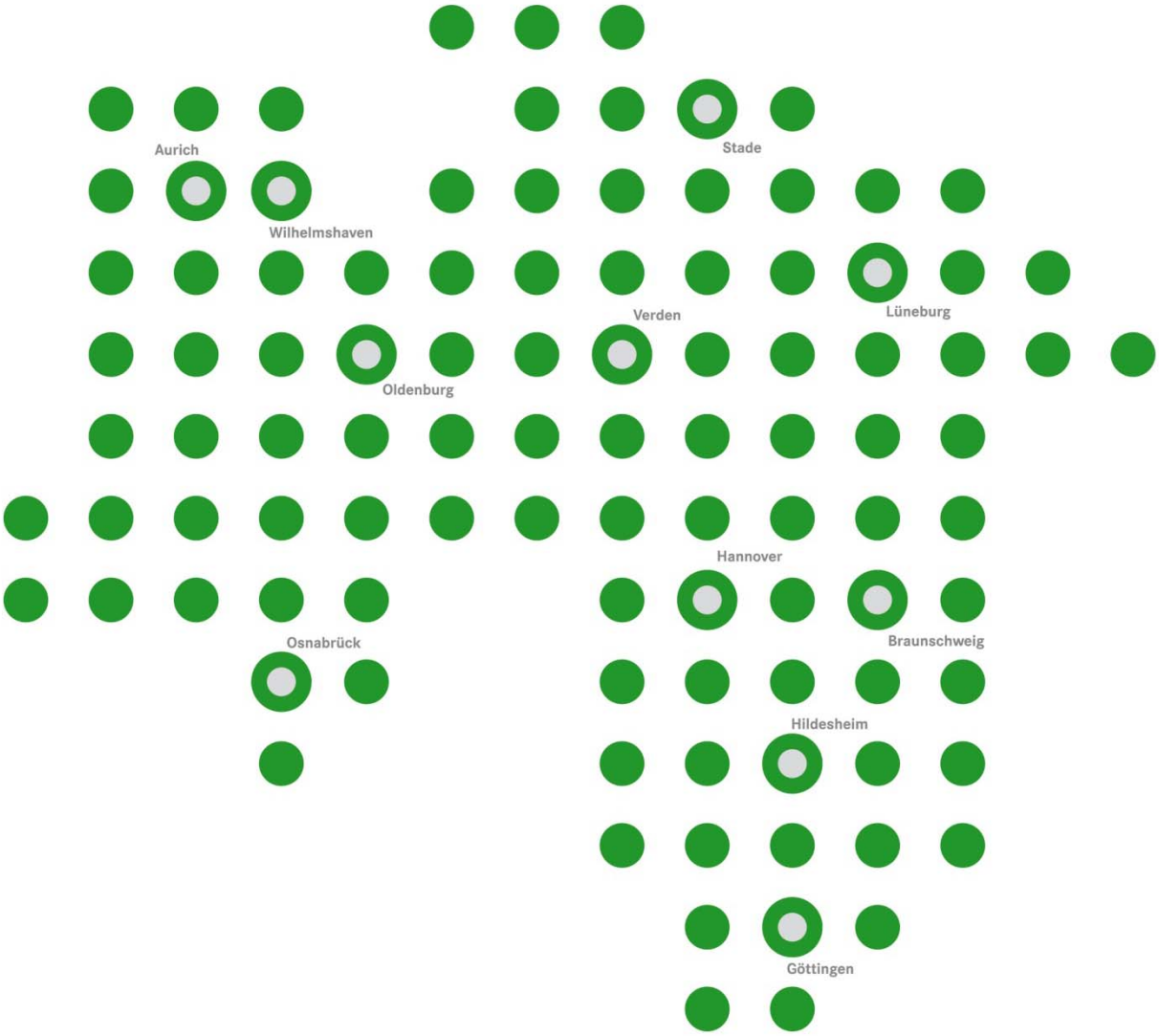
Informationen für die Praxis



Bezirksstellen-Rundschreiben

August 2012

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Informationen für die Praxis

KVN-Rundschreiben August 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Abrechnung ... 3
   - 1.1. Laborreform ab 4/2012 ... 3
   - 1.2. Genexpressionsanalysen beim Mammakarzinom (etwa Oncotype DX® / EndoPredict®) vertragsärztlich nicht berechnungsfähig ... 4
2. Verordnungen ... 4
   - 2.1. Beschluss zur Nutzenbewertung von Ticagrelor (Brilique®) ... 4
   - 2.2. Regionalpakete Niedersachsen und Richtgrößen 2012 ... 5
   - 2.3. Angabe einer Gebrauchsanweisung bei der Verordnung von Rezepturarzneimitteln ... 8
   - 2.4. Angabe der Diagnose bei Heil- und Hilfsmittelverordnungen ... 8
   - 2.5. Verblisterung ... 8
   - 2.6. Änderung der Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel-Richtlinie ... 9
   - 2.7. Arzneimittel- und Hilfsmittelverordnungen während eines stationären Aufenthalts - Patienteninformation ... 10
3. Allgemeine Hinweise ... 10
   - 3.1. Frühe Nutzenbewertung ... 10
   - 3.2. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) ... 12
   - 3.3. Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie zum 1. Juli 2012 ... 12
   - 3.4. Sammelerklärung ... 13
4. Veranstaltungen im September 2012 ... 13
5. Anlagenverzeichnis ... 16

5.1. Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen 16

5.2. Richtgrößen 2012 16

5.3. Patienteninformation Krankenhaus 16

5.4. Änderungen der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen 16

5.5. Sammelerklärung 16

1. Abrechnung

1.1. Laborreform ab 4/2012

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit Wirkung ab spätestens 4/2012 verbindliche Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen gemacht. Diese führen dazu, dass deutschlandweit die Laborleistungen einheitlich vergütet werden. Hierfür wird je Kassenärztlicher Vereinigung ein so genannter Labortopf gebildet, aus dem die Laborleistungen nach einheitlichen vorgegebenen Kriterien vergütet werden:

Deutschlandweit einheitlich vergütet

Zu 100 Prozent nach den EBM-Sätzen werden der Wirtschaftlichkeitsbonus bezahlt sowie die **GO-Nummern 32025 - 32027, 32035 - 32039, 32097 und 32150** sowie die **Versandkostenpauschale nach Nr. 40100.**

Die **Konsilar- und Grundpauschale für Laborärzte** erfährt eine Steigerung.

Alle übrigen Laborleistungen, sowohl im Basislabor als auch im Speziallabor, werden mit einer von der KBV vorgegebenen Labor-Abstaffelungsquote vergütet. Diese beträgt für das 4. Quartal 2012 **95,36 Prozent**. Sie wird für jedes Quartal von der KBV individuell errechnet und frühzeitig bekannt gegeben.

Labor-Abstaffelungsquote

Das bedeutet, dass unabhängig davon, wer die Basis- oder Speziallaborleistungen (Ausnahme siehe oben) erbringt, diese nur zu dem definierten Prozentsatz (in 4/2012 also 95,36 Prozent) vergütet erhält.

Von dieser Quotierungsregelung gibt es **keine** Ausnahmen.

Für die Arztgruppen Rheumatologie, Endrokrinologie, Nuklearmedizin, Hämatologie, Dermatologie, Gynäkologie, Pneumologie und Urologie wird zusätzlich für die OIII-Eigenerbringung ein Budget gebildet. Maßgeblich hierfür sind bundesweit vorgegebene Referenzfallwerte und die aktuelle Behandlungsfallzahl. Gegen das sich daraus ergebende Budget läuft die aktuelle Abrechnung. Ist die tatsächliche Abrechnung geringer als das Budget, kommen die abgerechneten Beträge unter Berücksichtigung der vorgenannten Quotierung zur Auszahlung. Überschreitet die Abrechnung das Budget, ist das Budget Basis für die quotierte Auszahlung.

Nähere Einzelheiten hierzu können der Vorgabe der KBV entnommen werden (Anlage 5.1).

Die KVN kann das Budget im Einzelfall erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

Zur Vermeidung ungerechtfertigter Härten beabsichtigt die KVN, das Laborbudget in Form eines Individualbudgets auf Basis des entsprechenden Quartals 2011 zu bilden. Hierfür bedarf es noch einer Änderung der KBV-Vorgaben, die bereits in der Vorbereitung ist.

Laborbudget in Form eines Individualbudgets

Insofern bedarf es derzeit noch keiner Einzelfallanträge auf Budget-Anpassung. Bei Einführung der Individualbudgets werden diese den OIII-Eigenerbringern jeweils vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Anlage 5.1: Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

1.2. Genexpressionsanalysen beim Mammakarzinom (etwa Oncotype DX® / EndoPredict®) vertragsärztlich nicht berechnungsfähig

Keine vertragsärztliche Gebührenordnungs-position im EBM

Wir weisen Sie darauf hin, dass es für Genexpressionsanalysen keine vertragsärztliche Gebührenordnungsposition im EBM gibt, da es sich nicht um Nachweise einer genomischen Mutation, wie sie für die GOP 11320 bis 11322 gefordert sind, handelt. Die Untersuchungen sollen für bestimmte Untergruppen von Patientinnen die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie auf eine molekulargentisch definierte Grundlage stellen. Am stärksten verbreitet sind die Verfahren Oncotype DX® (Genomic Health, München) / EndoPredict® (Sividon Diagostics GmbH, Köln).

2. Verordnungen

2.1. Beschluss zur Nutzenbewertung von Ticagrelor (Brilique®)

Erstattungspreis: Zwei Euro pro Tag

Das Arzneimittel Ticagrelor (Brilique®) hat die frühe Nutzenbewertung durchlaufen und der GKV-Spitzenverband hat sich mit dem Hersteller auf einen Erstattungspreis geeinigt. Der Erstattungspreis ist rückwirkend vom 1. Januar 2012 für drei Jahre gültig und beträgt zwei Euro pro Tag, anstelle von vorher 2,48 Euro pro Tag. Zusätzlich wurde vereinbart, Ticagrelor (Brilique®) als Praxisbesonderheit anzuerkennen.

Vor Ausstellung auf die Indikation achte

ABER: Die Anerkennung als Praxisbesonderheit bezieht sich nach unseren Informationen nur auf die Indikationen, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medikament einen Zusatznutzen zugesprochen hat. Achten Sie daher bitte vor Ausstellung einer Verordnung unbedingt auf die Indikation. Die Kassen haben die Möglichkeit, Regressanträge für die Indikationen zu stellen, in denen kein Zusatznutzen für Ticagrelor (Brilique®) belegt wurde und dadurch eine unwirtschaftliche Verordnungsweise angenommen werden könnte.

Nach Beschluss des GBA zur frühen Nutzenbewertung von Ticagrelor (Brilique®) gliedert sich der Zusatznutzen in der jeweiligen Indikation und ggf. der jeweiligen Patientengruppe wie folgt:

Zusatznutzen:

- Instabile Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI):
  Zweckmäßige Vergleichstherapie: Clopidogrel + ASS

Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Clopidogrel + ASS:
Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen

- Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention:
  Zweckmäßige Vergleichstherapie: Prasugrel + ASS
  Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Prasugrel + ASS für folgende Patientengruppen:
  - Für Patienten ≥75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen:
    ein auf Anhaltspunkten basierender nicht quantifizierbarer Zusatznutzen
  - Für Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese:
    ein auf Anhaltspunkten basierender nicht quantifizierbarer Zusatznutzen

Kein Zusatznutzen belegt:

- Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), medikamentös behandelt:
  Zweckmäßige Vergleichstherapie: Clopidogrel + ASS
  Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Clopidogrel + ASS:
  kein Zusatznutzen belegt
- Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention:
  Zweckmäßige Vergleichstherapie: Prasugrel + ASS
  Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber Prasugrel + ASS:
  kein Zusatznutzen belegt
- Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), aortokoronare Bypass-Operation:
  Zweckmäßige Vergleichstherapie: ASS-Monotherapie
  Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens gegenüber einer ASS-Monotherapie:
  kein Zusatznutzen belegt

Weitere wirtschaftliche Informationen, auch zu den Kosten einer zweckmäßigen Vergleichstherapie zu Ticagrelor (Brilique®), sowie eine Übersicht über abgeschlossene/noch laufende Verfahren der frühen Nutzenbewertung finden Sie unter www.g-ba.de.

Weitere Infos unter www.g-ba.de

2.2. Regionalpakete Niedersachsen und Richtgrößen 2012

Arzneimittel

Die Regionalpakete haben sich in Niedersachsen bewährt und werden auch im Jahr 2012 fortgeführt. Für dieses Jahr gibt es drei Möglichkeiten, die Richtgrößenprüfung zu umgehen:

Drei Möglichkeiten die Richtgrößen zu umgehen

1. Die Einhaltung des niedersächsischen Globalziels, die Ausgabenentwicklung dem Bundestrend anzupassen.

2. Die Erreichung der Zielwerte zu zwölf definierten Leitsubstanzen auf Landesebene.
3. Die Erreichung der Zielwerte zu den zwölf Leitsubstanzen auf individueller Ebene.

Gestuftes System

Maßgebend ist zunächst die Gesamtausgabenentwicklung, die sich für 2012 nicht schlechter darstellen darf als der Bundestrend. Wird dieses Ziel eingehalten, entfällt die Richtgrößenprüfung. Die Zielerreichung bei den Leitsubstanzen wird relevant, falls das Globalziel nicht erreicht wird. Werden die Zielwerte bei den Leitsubstanzen niedersachsenweit erreicht, fällt die Richtgrößenprüfung flächendeckend aus. Sollten sowohl das Globalziel der Kostenentwicklung als auch das Globalziel der Leitsubstanzen nicht eingehalten werden, hat der Einzelne die Möglichkeit, sich individuell von der Richtgrößenprüfung zu befreien, wenn er selbst die Zielwerte der Leitsubstanzen einhält.

Fokus auf Leitsubstanzen

Insofern sollte in den relevanten Arzneimittelgruppen der Fokus auf die Leitsubstanzen gelegt werden, innerhalb derer eine wirtschaftliche Verordnungsweise sichergestellt ist.

Einen Überblick über Ihren aktuellen Stand in den Leitsubstanzquoten stellen wir Ihnen online über das KVN-Portal unter der Kategorie „e-Dokumente“ zur Verfügung.

Quoten für das Regionalpaket 2012

Arzneimittelgruppe	Leitsubstanzen	Leitsubstanzquote in DDD
HMG-CoA-Reduktasehemmer	Simvastatin	87,7 Prozent
selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	88,0 Prozent
alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH	Tamsulosin	83,1 Prozent
selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren	Citalopram	57,7 Prozent
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure	78,0 Prozent
ACE-Hemmer	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	97,6 Prozent
ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen	Enalapril, Lisinopril, Ramipril je mit Diuretikum	87,6 Prozent
Nicht-steroidale Antirheumatika	Diclofenac, Ibuprofen	87,0 Prozent
Antidiabetika exklusive Insuline	Sulfonylharnstoffe, Metformin	90,1 Prozent
Schleifendiuretika	Furosemid, Torasemid	98,0 Prozent
Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	79,6 Prozent
nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer	Amitriptylin	37,3 Prozent

Heilmittel

Auch für das Jahr 2012 konnte ein Heilmittel-Regionalpaket mit den aus dem Jahr 2011 bekannten drei Sicherungslinien zur Vermeidung der Richtgrößenprüfung geschlossen werden:

Drei Sicherungslinien

1. die Einhaltung des Globalziels, die Ausgaben nicht um mehr als 0,9 Prozent gegenüber 2011 zu steigern (Grenzwert),
2. den durchschnittlichen Fachgruppen-Fallwert für Heilmittel im Jahr 2012 gegenüber 2011 zu halten oder abzusenken,
3. den individuellen durchschnittlichen Fallwert für Heilmittel im Jahr 2012 gegenüber 2011 zu halten oder abzusenken.

Wiederum ein gestuftes Verfahren

Zunächst wird geprüft, wie sich die Kostenentwicklung je Versichertem in Niedersachsen gegenüber dem Bundestrend dargestellt hat. Dabei wird den niedersächsischen Ärzten eine Steigerung von 0,9 Prozent gegenüber 2011 zugestanden. Sofern die Kostenentwicklung in Niedersachsen den entsprechenden Grenzwert nicht übersteigt, gilt das Regionalpaket als eingehalten, und die Richtgrößenprüfung entfällt flächendeckend.

Kostenentwicklung als zweite Sicherungslinie

Da es im Heilmittelbereich etwas zu den Leitsubstanzen vergleichbares im Arzneimittelbereich nicht gibt, knüpft die zweite Sicherungslinie an der Kostenentwicklung der jeweiligen Fachgruppe an. Ist die Entwicklung der Verordnungskosten einer Fachgruppe, z. B. der Orthopäden, im Durchschnitt pro Behandlungsfall in 2012 im Vergleich zu den entsprechenden Kosten für 2011 konstant oder geringer, so gilt das Regionalpaket für diese Fachgruppe als eingehalten und alle Orthopäden werden von der Richtgrößenprüfung freigestellt. Analog werden alle anderen Fachgruppen bewertet.

Dritte Sicherungslinie: der einzelne Arzt

Die dritte Sicherungslinie knüpft am einzelnen Arzt an. Dieser kann sich selbst bei Überschreitung der Grenzwerte der Sicherungslinien eins und zwei gleichwohl von der Richtgrößenprüfung befreien, wenn er seine Verordnungskosten im Durchschnitt pro Behandlungsfall gegenüber den entsprechenden Kosten 2011 mindestens konstant halten oder gar absenken kann.

Vor jeder Verordnung zu prüfen

Somit hat es bereits der einzelne verordnende Arzt in der Hand, sich frühzeitig von der Richtgrößenprüfung zu verabschieden. Der Vorjahresvergleich kann bis dahin anhand von HIS-Berichten (online verfügbar über e-Dokumente) oder ggf. mit Hilfe der Praxissoftware individuell verfolgt werden. Wenn nicht auf Ebene der Kosten, dann zumindest auf Ebene der verordneten Mengen, bei weitgehend konstanten Heilmittelpreisen. Insofern sollte vor jeder Verordnung geprüft werden, ob eine Heilmittelverordnung unumgänglich ist und ob und inwieweit die Möglichkeit besteht, die Mengengrenzen der Heilmittelrichtlinien zu unterschreiten.

Wir möchten darauf hinweisen, dass sich sowohl die Regionalpakete als auch die Richtgrößenvereinbarung noch im Unterschriftenverfahren befinden.

Anlage 5.2: Richtgrößen 2012

2.3. Angabe einer Gebrauchsanweisung bei der Verordnung von Rezepturarzneimitteln

Wir möchten daran erinnern, dass gemäß § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) bei der Verordnung von Arzneimitteln, die in einer Apotheke hergestellt werden sollen (Rezepturarzneimittel), auf der Verordnung eine Gebrauchsanweisung anzugeben ist.

Allgemeingehaltene Anweisung möglich

Wenn die konkrete Anwendung nicht angegeben werden soll, ist auch eine allgemeingehaltene Anweisung, wie z. B. „2 x täglich auf die betroffenen Hautstellen auftragen“, möglich.

Um unnötige Rückfragen der Apotheken und Verzögerungen bei der Belieferung der Rezepte zu vermeiden, bitten wir dies zu beachten.

Bei Fragen zur Eingabe von Rezepturen und Druckeinstellungen wenden Sie sich bitte an Ihren Software-Hersteller.

2.4. Angabe der Diagnose bei Heil- und Hilfsmittelverordnungen

Angabe einer Diagnose bei Arzneimitteln nicht vorgesehen

Nach der Arzneimittel-Richtlinie ist die Angabe einer Diagnose bei der Verordnung von Arzneimitteln nicht vorgesehen. Daher ist seit 1. Juli 2012 mit Einführung der neuen Praxis-Software die Angabe der Diagnose bei Verordnung von Arzneimitteln mit Hilfe der Software nicht mehr möglich.

Bei Hilfs- und Heilmitteln zwingend erforderlich

Anders verhält es sich aber bei der Verordnung von Hilfsmitteln (Muster 16, 8, 8a, 15) oder Heilmitteln (Muster 13,14,18). Hier sehen die entsprechenden Richtlinien explizit die Angabe einer Diagnose bei Ausstellung einer Verordnung vor. Damit ist bei Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln die Angabe der Diagnose zwingend erforderlich und zulässig.

Um unnötige Rückfragen der Leistungserbringer und Verzögerungen bei der Belieferung der Rezepte zu vermeiden, bitten wir dies zu beachten.

2.5. Verblisterung

Die Verblisterung von Arzneimitteln wird durch Apotheken oder Blisterzentren vorgenommen und ist eine Dienstleistung dieser Anbieter meist gegenüber Pflegeheimen und Pflegediensten. Für Sie als Arzt bedeutet Verblisterung, dass Sie wie bisher gemäß der Indikation den Wirkstoff, die Dosierung und die Menge auswählen und auf Muster 16 (rosa Rezept) für den Patienten verordnen.

Geteilte Tabletten

In die am 12. Juni 2012 in Kraft getretene neue Apothekenbetriebsordnung, die verpflichtend von allen Apotheken zu beachten ist, wurde ein Punkt zur Verblisterung von geteilten Tabletten aufgenommen. Sinngemäß soll die Apotheke entscheiden, ob sie geteilte Tabletten unter strengen Vorgaben verblistern oder, wie in der Apothekenbetriebsordnung empfohlen, eine nachträgliche Veränderung des

Fertigarzneimittels (z. B. durch Teilen) grundsätzlich verhindert werden sollte. Dieser Punkt führt momentan zu einiger Unruhe.

Es können nicht alle verordneten Arzneimittel verblistert werden. Flüssige Arzneimittel oder auch Tabletten, die außerhalb Ihrer Originalverpackung nicht stabil sind, kommen beispielsweise für eine Verblisterung in der Regel nicht in Betracht. Geteilte Tabletten scheinen nach der neuen Apothekenbetriebsordnung für eine Verblisterung ebenfalls nicht in Frage zu kommen und müssten daher analog zu anderen Arzneimitteln, die nicht verblistert werden können, von Apotheken separat abgegeben werden. Dann würde das Pflegeheim für einen Patienten einen Wochenblister erhalten und zusätzlich seine flüssigen und zu teilenden Arzneimittel in der Originalverpackung, die dann durch das Pflegeheim für den Patienten bereit gestellt werden müssten.

Von Apotheken separat abzugeben

Die Teilung von Tabletten in Pflegeheimen oder auch durch Pflegedienste ist weiterhin möglich, da die Apothekenbetriebsordnung nur verpflichtend für Apotheken gilt.

2.6. Änderung der Anlage V - verordnungsfähige Medizinprodukte - der Arzneimittel-Richtlinie

Bei folgenden Medizinprodukten der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie hat sich die Befristung der Verordnungsfähigkeit verlängert:

Neue Befristungen

Mit Wirkung vom 5. Juni 2012 neue Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 15. März 2015 bei

- HSO®
- HSO® Plus

Mit Wirkung vom 8. Juni 2012 neue Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 7. Juni 2017 bei

- Freka-Clyss®
- Klistier Fresenius
- Purisole® SM verdünnt
- NaCl 0,9 Prozent Fresenius Kabi
- Ringer Fresenius Spüllösung
- Ampuwa® Spüllösung

Mit Wirkung vom 16. August 2012 neue Befristung der Verordnungsfähigkeit bis zum 15. August 2017 bei

- MucoClear® 6 Prozent

Somit sind diese Medizinprodukte in den in der Anlage V aufgeführten medizinisch notwendigen Fällen unter Beachtung der jeweils gültigen Sondervertragsregelungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Die vollständige Liste der Anlage V wie auch nähere Einzelheiten hierzu können Sie auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) abrufen.

2.7. Arzneimittel- und Hilfsmittelverordnungen während eines stationären Aufenthalts - Patienteninformation

Versorgungsauftrag des Krankenhauses

Bei einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus der Regelversorgung ist die Versorgung des Patienten mit sämtlichen Arznei- und Hilfsmitteln durch den Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt. Um den Patienten und Ihnen mögliche Diskussionen mit dem Krankenhaus über Arznei- und Hilfsmittelverordnungen während des stationären Aufenthalts zu erleichtern, finden Sie als Anlage eine Patienteninformation.

Anlage 5.3: Patienteninformation Krankenhaus

3. Allgemeine Hinweise

3.1. Frühe Nutzenbewertung

Bewertungsverfahren

Zusatznutzen

Die frühe Nutzenbewertung nach § 35 a SGB V wurde zum 1. Januar 2011 durch das AMNOG eingeführt. Das bedeutet, dass neu zugelassene Arzneimittel oder Arzneimittel, die für ein neues Anwendungsgebiet zugelassen werden, nach Erhalt der Zulassung ein Bewertungsverfahren über ihren Nutzen durchlaufen müssen. Kurze Zeit nach Erteilung der Zulassung wird die Bewertung über den Nutzen veröffentlicht. Nach einem halben Jahr fasst der GBA in der Regel einen Beschluss über das Ausmaß des Zusatznutzens. Die Beschlüsse zur Frühen Nutzenbewertung über einen möglichen Zusatznutzen bzw. das Ausmaß eines Zusatznutzens sind Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinien und somit verbindliche Vorgaben.

Erstattungspreis

Nach Veröffentlichung des GBA-Beschlusses über den Zusatznutzen des Arzneimittels soll der pharmazeutische Unternehmer mit den Kassen einen entsprechenden Erstattungspreis vereinbaren. Falls keine Einigung erzielt werden kann, erfolgt eine Entscheidung durch die Schiedsstelle.

Auflagen: Arzt sollte sich genau informieren

Der Beschluss über den Zusatznutzen eines Arzneimittels kann in verschiedene Patientengruppen unterteilt werden oder andere Auflagen enthalten. Daher sollte sich der verordnende Arzt in der Praxis vor Ausstellung einer Verordnung genau informieren, ob das Arzneimittel bei seinem Patienten einen Zusatznutzen aufweist.

Unwirtschaftliche Verordnung

Sollte für ein Arzneimittel als Ergebnis der frühen Nutzenbewertung ein geringerer Nutzen oder der Zusatznutzen nicht belegt sein und es teurer als die Vergleichstherapie sein, könnte dieses Mittel als unwirtschaftlich gelten. Die Folge solch einer vermeintlich unwirtschaftlichen Verordnung könnten Anträge der Krankenkassen auf sonstigen Schaden (Regress) sein. Diese Anträge könnten auch rückwirkend bis zum Inkrafttreten des GBA-Beschlusses gestellt werden, da mit dem Beschluss das Ausmaß des Zusatznutzens festgelegt worden ist.

Empfehlung: zurückhaltende Verordnung

Wir empfehlen eine zurückhaltende Verordnung von neuen Arzneimitteln zumindest bis zum Abschluss der frühen Nutzenbewertung, da zusätzlich zu den wirtschaftlichen Aspekten unter einer Therapie mit neuen Arzneimitteln noch unentdeckte Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen auftreten können.

Eine Übersicht über die abgeschlossenen und noch laufenden Verfahren in der frühen Nutzenbewertung finden Sie mit Stand vom 9. Juli 2012 untenstehend oder aktuell unter www.g-ba.de.

Übersicht frühe Nutzenbewertung – Stand 9. Juli 2012

Zu folgenden Präparaten liegen Beschlüsse des GBA im Rahmen des Verfahrens der Frühen Nutzenbewertung vor:

- Abirateronacetat (Zytiga®)
- Aliskiren/Amlodipin (Rasilamlo®)
- Apixaban (Eliquis®)
- Azilsartan medoxomil (Edarbi®)
- Belatacept (Nulojix®)
- Boceprevir (Victrelis®)
- Bromfenac (Yellox®)
- Cabazitaxel (Jevtana®)
- Emtricitabin/Rilpivirin/Tenofovirdisoproxil (Eviplera®)
- Eribulin (Halaven®)
- Extrakt aus Cannabis Sativa (Sativex®)
- Fingolimod (Gilenya®)
- Linagliptin (Tranjenta®)
- Mikrobielle Collagenase aus Clostridium histolyticum (Xiapex®)
- Pirfenidon (Esbriet®)
- Pitavastatin (Livazo®)
- Regadenoson (Rapiscan®)
- Retigabin (Trobalt®)
- Rilpivirin (Edurant®)
- Tafamidis Meglumin (Vyndaquel®)
- Telaprevir (Incivo®)
- Ticagrelor (Brilique®)

Folgende Präparate befinden sich im Bewertungsverfahren zur frühen Nutzenbewertung durch den GBA:

- Belimumab (Benlysta®)
- Fampridin (Fampyra®)
- Ipilimumab (Yervoy®)
- Pasireotid (Signifor®)
- Tegafur, Gimeracil, Oteracil (Teysuno®)
- Vandetanib (Caprelsa®)
- Verumafenib (Zelboraf®)

Ohne Status ist die Kombination Olmesartan, Amlodipin, Hydrochlorothiazid (Sevikar HCT®), da die Nutzenbewertung gegenstandslos geworden ist.

3.2. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK)

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 23. März 2012 beschlossen, die nachfolgend genannten beiden Organisationen als Referenzinstitutionen gem. Richtlinienteil B 2 für die Durchführung von Ringversuchen im Bereich der qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen zu bestellen:

- Referenzinstitut für Bioanalytik der Deutschen Vereinten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e. V.
  Friesdorfer Straße 183, 53175 Bonn
  Internet: www.dgkl-rfb.de
- INSTAND e. V. - Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien
  Ubierstraße 20, 40223 Düsseldorf
  Internet: www.instand-ev.de

Des Weiteren wurde seitens des Vorstandes der Bundesärztekammer eine Änderung der Ringversuchsfrequenzen für die qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen gem. Richtlinienteil B 2, wie nachfolgend ausgeführt, beschlossen:

lfd. Nr.	Messgröße/Untersuchung	Alt	Neu
7	Chrom. Analyse mit Identifizierung der Wirksubstanz (STA)	Quartal	Halbjahr
12	Echinococcus, Antikörper gegen	Halbjahr	Kalenderjahr
13	Entamoeba histolytika, Antikörper gegen	Halbjahr	Kalenderjahr
15	Glutaminase, Antikörper gegen	Quartal	Halbjahr
39	Zytoplasma neutrophiler Granulozyten (C-ANCA, P-ANCA), Antikörper gegen	Quartal	Halbjahr

Die vorgenannten Beschlüsse der Bundesärztekammer vom 23. März 2012 sind veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 17 vom 27. April 2012.

3.3. Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie zum 1. Juli 2012

Jährlich stichprobenartige Überprüfung

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sieht bislang vor, dass Genehmigungsinhaber jährlich einer stichprobenartigen Überprüfung unterzogen werden. Hierzu müssen zu 20 Fällen von abgerechneten hohen Koloskopien sowie fünf durchgeführten Polypektomien (Abtragung eines Polypen > 5 mm mittels Hochfrequenzelektroschlinge) die bildlichen und schriftlichen Dokumentationen vorgelegt werden. Die Beurteilung dieser vorgelegten

Dokumentationen erfolgt durch die Sachverständigen der Koloskopie-Kommission der KVN hinsichtlich der Vollständigkeit der Koloskopie sowie in Bezug auf die Abtragung des Polypen mittels Hochfrequenzelektroschlinge und die Beurteilung des weiteren Vorgehens in Abhängigkeit des vorliegenden histologischen Befundes.

Mittlerweile haben sich die Ergebnisse bei den Dokumentationsprüfungen sehr erfreulich entwickelt. Daher waren sich die Vertragspartner einig, die Dokumentation von Ärzten, die die Überprüfung bestanden haben, erst wieder nach zwei Jahren zu kontrollieren.

Ärzte, die bestanden haben, werden alle zwei Jahre kontrolliert

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen wird daher für die Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen des Jahres 2011 nur jene Vertragsärzte mit der Genehmigung zur Koloskopie heranziehen, die

1. die Genehmigung ab dem 2. Halbjahr 2010 erhalten haben und noch nicht überprüft wurden,
2. bei der Überprüfung der Dokumentationen des Jahres 2010 die ärztliche Routine nicht bestätigt erhielten.

Alle anderen Genehmigungsinhaber werden im neuen 2-Jahres-Rhythmus überprüft.

Die Neuregelungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sind zum 1. Juli 2012 in Kraft getreten. Den Text der Änderung der Vereinbarung finden Sie in der Anlage.

Anlage 5.4: Änderungen der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen

3.4. Sammelerklärung

Die Sammelerklärung finden Sie in der digitalen PDF-Version des Rundschreibens zukünftig immer in der Mitte eines Quartals (Februar, Mai, Augugst und November) im Anhang beigefügt.

Anhang 5.5: Sammelerklärung

4. Veranstaltungen im September 2012

Hier bekommen Sie eine Übersicht über Seminare und Fortbildungen der KVN mit noch freien Plätzen im September 2012. Weitere Informationen, welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich auch direkt online anmelden:

www.kvn.de/Praxis/Seminarangebot

Name	Ort	Datum	Gebühr p. P.
Qualitäts- und Praxismanagement			
Arbeitsschutz in der Arztpraxis	Hannover	15.9	139 Euro
Datenschutz in der Arztpraxis	Oldenburg	18.9	139 Euro
Erfolgspraxis der Zukunft	Hannover	8.9	119 Euro
Mitarbeiter- und Patientenschutz	Osnabrück	5.9	kostenlos
Notfalltraining	Hildesheim	19.9	80 Euro Ärzte 60 Euro MFA
QEP-Einführungsseminar	Oldenburg	8.9	170 Euro
QEP-Einführungsseminar	Hannover	22.9	170 Euro
QEP-Zertifizierungsvorbereitung	Hannover	26.9	99 Euro
Qualifikation zur Präventionsassistentin	Hannover	6.9	590 Euro
Qualitätsmanagementbeauftragte	Oldenburg	21.9	289 Euro
Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten	Hannover	8.9	135 Euro
Rechtsnormen für die Arztpraxis	Hannover	14.9	78 Euro
Abrechnung und Verordnung			
Abrechnung aktuell	Oldenburg	5.9	kostenlos
Abrechnung aktuell	Oldenburg	19.9	kostenlos
DMP	Osnabrück	26.9	kostenlos
Fragestunde für MFA	Aurich	12.9	kostenlos
Fragestunde für MFA	Aurich	19.9	kostenlos
Fragestunde für MFA	Aurich	26.9	kostenlos
Grundlagen des EBM und der UV-GOÄ	Oldenburg	12.9	kostenlos

Hautkrebsscreening	Osnabrück	29.9	99 Euro
Honorarbescheid lesen und verstehen	Hannover	5.9	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Herzberg am Harz	5.9	kostenlos
Honorarbescheid lesen und verstehen	Göttingen	27.9	kostenlos
MFA Infoveranstaltung	Verden	5.9	kostenlos
Sonderverträge hausärztliche Versorgung	Hannover	19.9	kostenlos
ZI-Schulung für Typ 2 Diabetiker ohne Insulinbehandlung	Verden	15.9	110 Euro
Medizinische und psychotherapeutische Themen			
Arzt-Patient-Kommunikation	Uelzen	19.9	12 Euro
Onkologie-Fortbildung	Dannenberg	26.9	12 Euro
Tinnitus aus psychosomatischer Sicht	Seevetal-Hittfeld	12.9	12 Euro
Wirtschaftsseminare			
ABC der erfolgreichen Praxisführung	Oldenburg	26.9	kostenlos
Erfolgreiche Praxisabgabe	Stade	12.9	kostenlos
Finanziell abgesichert alt werden	Braunschweig	13.9	kostenlos
Spezielle Versorgungsangebote	Braunschweig	26.9	25 Euro
EDV-Schulungen			
Excel 2007 Aufbauseminar	Hannover	29.9	119 Euro

Weitere Termine Ihrer Bezirksstelle finden Sie zudem auf der Startseite unter dem Punkt „Termine“.

5. Anlagenverzeichnis

5.1. Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

5.2. Richtgrößen 2012

5.3. Patienteninformation Krankenhaus

5.4. Änderungen der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen

5.5. Sammelerklärung

[Lesefassung]

Vorgaben

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

mit Wirkung zum 1. Juli 2012[1][2]

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Im Rahmen der vorgegebenen Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich einerseits und den fachärztlichen Versorgungsbereich andererseits ist vor der Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter anderem ein Vorwegabzug für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

1. Bundeseinheitliche Vorgaben

1.1 Ermittlung der Abstaffelungsquote für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Ermittlung der Abstaffelungsquote Q für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM erfolgt nach den folgenden Berechnungsschritten bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Basis der Abrechnungen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Daten.

1.1.1 Ermittlung der Summe der für das Vorjahresabrechnungsquartal gemäß Formel 9 des Schritts 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zutreffenden MGV über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140 d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

---

[1] Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

[2] Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27. April 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen *[im Beschluss des Vorstandes vom 12. Juni 2012]* spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

1.1.2 Zum Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 wird das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM hinzuaddiert.

1.1.3 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.2 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 90 vom Hundert des angeforderten Honorarvolumens im Vorjahresabrechnungsquartal für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird diesen Ansatz der Kostenerstattungen gemäß GOP 40100 EBM der Höhe nach durch Analyse der Auswirkungen der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen regelmäßig überprüfen und ggf. anpassen.

1.1.4 Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

1.1.5 Ermittlung der Abstaffelungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 erhöhten und gemäß 1.1.3 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.4.

1.1.6 Die für die Berechnung benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 und 1.1.4 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungsquartal jeweils am 1. Arbeitstag des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztliche

Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 je Abrechnungsquartal in einem Rundschreiben spätestens am 15. des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

2. KV-spezifisches Vergütungsvolumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/ oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und
- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM

wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

2.1 Vergütungsvolumen gemäß Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

(=VG_1)

2.2 Das Vergütungsvolumen gemäß 2.1 wird ergänzt um den Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Vorjahresabrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V multipliziert mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{VJQ} \times VR$

2.3 Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$

3. Vergütung der Ärzte

3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG_3 vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern

diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.5.1 Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 zu vergüten.

3.5.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

3.5.3 Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.5.2

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, ~~oder~~ eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und ~~mit der Zahl der Behandlungsfälle eines Arztes gewichteter Mittelwert~~ der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

3.5.4 Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.5.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.5.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.5.1 durchführen.

3.5.5 Die Kassenärztliche Vereinigung kann ~~auf Antrag des Vertragsarztes~~ im Einzelfall das Budget nach 3.5.2 erweitern, ~~oder~~ aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

3.6 Finanzierung der Leistungen

Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG_3 durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.5 ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bestimmen.

4 Übergangsregelung

4.1.1 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1.6 erfolgte die Ermittlung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 auf der Grundlage der Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Information der KBV 41/2012 vom 6. März 2012.

4.1.2 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1 erfolgt die Bestimmung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 ohne die gesonderte Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

4.1.3 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.2 erfolgt die Bekanntmachung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 in einem Rundschreiben am 27. April 2012.

Richtgrößen

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe) - €/Behandlungsfall -		Heilmittel - €/Behandlungsfall -	
FG		**M/F**	**R**	**M/F**	**R**
80/19	Praktische Ärzte / Allgemeinmediziner Hausärztliche Internisten	43,59	137,92	7,58	19,41
01	Anästhesisten	42,25	83,94	1,73	3,43
02	ermächtigte Anästhesisten	69,16	175,41	6,38	18,57
04	Augenärzte	6,43	15,15	0,00	0,00
05	ermächtigte Augenärzte	10,74	20,92	0,00	0,01
07/37	Chirurgen (einschließlich plastische Chirurgie)	18,61	24,92	13,83	19,97
08	ermächtigte Chirurgen	15,78	23,94	8,61	10,35
10	Gynäkologen	14,35	34,11	0,64	4,83
11	ermächtigte Gynäkologen	184,40	598,26	1,19	4,29
13/15	HNO-Ärzte (einschließlich Phoniater und Pädaudiologen)	11,47	7,93	6,38	2,32
14	ermächtigte HNO-Ärzte	5,13	6,11	7,93	4,99
16	Hautärzte	22,99	24,62	0,16	0,50
17	ermächtigte Hautärzte	93,76	73,15	1,22	2,33
90	Fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	57,77	107,74	2,67	6,74
90 (21)	ermächtigte fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	468,89	379,34	2,32	1,80
20	Internisten mit TG Nephrologie	426,72	682,72	1,62	3,86
20 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Nephrologie	765,99	644,13	0,45	0,08
22	Internisten mit TG Kardiologie	13,79	17,05	0,20	0,33
22 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Kardiologie	7,20	2,86	0,02	0,01
34	Internisten mit TG Gastroenterologie/ Magen-Darm-Ärzte	50,85	42,02	0,49	1,37
33	ermächtigte Internisten mit TG Gastroenterologie	233,59	298,15	0,42	0,34
91	Internisten mit TG Endokrinologie	193,25	177,09	0,07	0,46
91 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Endokrinologie	239,93	191,47	0,04	0,18
92	Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	1.096,70	1.250,32	4,33	6,60

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe) - €/Behandlungsfall -		Heilmittel - €/Behandlungsfall -	
FG		**M/F**	**R**	**M/F**	**R**
92 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Hämatologie und internistische Onkologie	1.270,76	1.271,53	1,25	2,83
93	Internisten mit TG Rheumatologie	194,65	241,11	13,16	19,32
93 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Rheumatologie	373,80	480,75	8,62	23,87
97	Internisten mit TG Angiologie	29,29	37,33	11,40	8,84
97 (21)	ermächtigte Internisten mit TG Angiologie	17,63	19,63	0,00	0,00
29	Internisten mit TG Pneumologie/ Lungenärzte	66,02	96,92	0,24	0,79
30	ermächtigte Lungenärzte/ ermächtigte Internisten mit TG Pneumologie	103,07	118,77	0,08	0,18
23	Hausärztliche Kinderärzte	24,18	107,59	14,85	21,51
35	Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	13,47	13,28	0,53	0,90
36	ermächtigte Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	11,19	12,23	0,76	0,68
24	ermächtigte Kinderärzte	264,32	962,26	8,36	22,15
95	Neurologen	178,65	159,61	13,75	42,30
96	ermächtigte Neurologen	386,46	283,68	18,36	36,05
38	Nervenärzte	121,56	141,08	8,85	25,35
39	ermächtigte Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	478,20	421,66	5,10	10,62
40	Kinder- und Jugendpsychiater	29,86	76,07	23,16	17,74
41	Neurochirurgen	19,74	35,76	10,76	12,32
42	ermächtigte Neurochirurgen	12,73	10,87	2,61	2,87
44	Orthopäden	9,62	20,24	22,75	26,06
45	ermächtigte Orthopäden	6,53	6,95	25,14	12,76
50	Psychiater	68,92	111,25	3,06	6,51
51	ermächtigte Ärzte mit der Weiterbildung "Fachärzte für psychotherapeutische Medizin"	68,54	142,85	0,41	0,75
52	Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	11,36	17,31	4,24	3,71
53	Radiologen Strahlentherapeuten	17,35	17,84	0,02	0,04
54	ermächtigte Radiologen/ Strahlentherapeuten	12,86	13,42	0,05	0,08

Fachgruppe (inkl. ermächtigte Ärzte und Polikliniken)		Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB, ohne Impfstoffe) - €/Behandlungsfall -		Heilmittel - €/Behandlungsfall -	
FG		**M/F**	**R**	**M/F**	**R**
56	Urologen	38,16	85,72	0,23	0,29
57	ermächtigte Urologen	50,23	89,34	0,24	0,47
59	Nuklearmediziner	4,83	5,38	0,00	0,00
60	ermächtigte Nuklearmediziner	5,34	6,90	0,00	0,00
63	Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	19,86	34,22	48,37	65,87
74	Institute / Medizinaluntersuchungsämter	519,85	805,60	15,20	7,79
75	Krankenhäuser	9,36	20,74	0,32	3,88
79	Kuratorium für Heimdialyse	806,93	728,23	2,44	2,38

Patienteninformation Krankenhausaufenthalt

Lieber Patient,
liebe Patientin,

Sie planen in nächster Zeit einen Krankenhausaufenthalt. Damit Sie gut vorbereitet Ihren Aufenthalt antreten können, haben wir noch ein paar Tipps für Sie.

Nehmen Sie alle notwendigen Unterlagen mit, wie z. B. Einweisung, Untersuchungsergebnisse (z. B. Röntgenbilder oder Laborparameter falls diese vorliegen) und eine Liste, auf der Sie alle Medikamente notiert haben, die Sie einnehmen.

Ihre Medikamente selbst müssen Sie für einen normalen Krankenhausaufenthalt nicht mitnehmen. Dies wäre nur in dem Sonderfall notwendig, wenn Sie z. B. Herzmedikamente benötigen und sich in stationäre Behandlung in eine reine Augenklinik begeben. Ihr Arzt würde Sie auf solch einen Sonderfall aufmerksam machen.

Während Ihres Krankenhausaufenthalts ist vollständig das Krankenhaus für Ihre Versorgung zuständig, d. h. das Krankenhaus muss Ihnen die benötigten Medikamente zur Verfügung stellen. Falls Sie im Laufe Ihres Krankenhausaufenthalts Hilfsmittel benötigen, wie z. B. Gehhilfen oder einen Rollator, muss Ihnen das Krankenhaus auch die Hilfsmittel stellen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der anstehenden Behandlung im Krankenhaus und natürlich gute Besserung.

Ihr Praxisteam

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

einerseits

und

der GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen) K.d.Ö.R., Berlin

andererseits

vereinbaren gemäß § 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
und
gemäß § 39 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)

die nachstehenden Änderungen der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen

(Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)

In § 6 (Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung) Abs. 1 Buchstabe a werden die Worte „Absatz 3“ durch die Worte „den Absätzen 3 und 7“ ersetzt.

In § 6 (Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung) Abs. 1 Buchstabe b werden die Worte „Absatz 4“ durch die Worte „den Absätzen 4 und 7“ ersetzt.

Dem § 6 (Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung) wird der folgende Absatz 7 angefügt:

„Werden bei den Überprüfungen nach den Absätzen 3, 4 oder 6 die Anforderungen erfüllt, erfolgt die nächste Überprüfung innerhalb von 24 Monaten nach dem ursprünglich geprüften Zeitraum nach Absatz 1 Buchstabe a bzw. b oder Absatz 6.“

In § 7 (Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität) Abs. 3 Satz 1 wird nach dem Wort „erfolgt“ das Wort „unangemeldet“ eingefügt.

Die Änderungen treten zum 1. Juli 2012 in Kraft.

SAMMELERKLÄRUNG für das ☐ **Quartal 201** ☐ **BSNR** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ bitte alle Punkte beachten und ausfüllen

oder **NBSNR**[1] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ bitte erst ab Punkt 3. beachten und ausfüllen

1. Notwendige Angaben für das Abrechnungscenter - bitte **pro Praxis (BSNR) nur EINMAL** ausfüllen!

Wir geben unsere Abrechnung(en) ☐ online **oder** ☐ auf Datenträger **oder** ☐ manuell ab.

HINWEIS: Gemäß Abrechnungsanweisung der KVN ist eine Abrechnung auf unterschiedlichen Medien nicht gestattet.

Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl (BSNR zzgl. NBSNR) von ☐☐☐☐☐☐☐ Fällen ein.

Die Anzahl der von unserer Praxis **insgesamt** eingereichten KVDT-Dateien beträgt ☐☐

HINWEIS: Summe aus KVDT-Dateien aus Praxis (BSNR), Nebenbetriebsstätte(n) (NBSNR), sowie ggf. Bereitschaftsdienst (Zählung auch, falls über Bezirksstelle eingereicht)

2. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/unserem Vertreter oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind. Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht.
Sämtliche genehmigungs– oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

Ermächtigte Ärzte

Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe. Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. Nichtausübung der Praxistätigkeit[2]:

Ich/Wir habe(n) meine/unsere Praxistätigkeit wegen Krankheit (K), Urlaub (U), Fortbildung (F), Schwangerschaft Entbindung, Elternzeit (E) oder Wehrübung (W) nicht ausgeübt:

K/U/F/E/W	Arzt/Ärztin (LANR)	am bzw. vom	bis

Auch einzelne Tage sind zu dokumentieren.

Die LANR des/der jeweiligen Arztes/Ärztin ist nur bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), hier jedoch zwingend, anzugeben.

4. Zur Beschäftigung eines Vertreters[3] erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigter Vertreter: ☐

LANR oder Name(n) des (der) Vertreter(s)[3]

An folgenden Tagen ist zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen in meiner/unserer Praxis ein Vertreter tätig geworden:

1. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

2. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

3. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf zulässige Vertretungen gemäß §§ 32 und 32a Ärzte-ZV. Hierbei handelt es sich um Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Schwangerschaft, Entbindung, Elternzeit oder Wehrübung. Diese Aufzählung zulässiger Vertretungsgründe ist abschließend. Bei Fällen einer unvorgesehenen und zeitlich vorübergehenden Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung - z. B. Abruf wegen eines dringlichen Falles - handelt es sich nicht um zulässige Vertretungen.

---

[1] Für die Nebenbetriebsstätte ist eine separate Sammelerklärung nur dann erforderlich, wenn sich einzelne Angaben nur auf diese Nebenbetriebsstätte beziehen.
[2] Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.
[3] Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.
[4] Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

Stand: 1/2010 A

5. Zur Beschäftigung eines Assistenten[2] erkläre(n) ich/wir Folgendes:

Anzahl beschäftigte(r) Assistent(en): ☐

LANR oder Name(n) des (der) Assistenten[3]:

Assistententätigkeit: vom ☐ bis ☐
vom ☐ bis ☐
vom ☐ bis ☐

6. Bereitschaftsdienstteilnahme

An den folgenden Tagen habe(n) ich/wir im Bereitschaftsdienstbezirk meiner/unserer Praxis am mit der Bezirksstelle abgestimmten organisierten Bereitschaftsdienst teilgenommen bzw. mich/unshierbei vertreten lassen:

1. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

2. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

3. Quartalsmonat[4]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

7. Abrechnung von Laborleistungen

Die Qualitätssicherung (interne und externe Maßnahmen) bei Laborleistungen wird entsprechend den geltenden Bestimmungen durchgeführt.

☐ Ich/Wir bin/sind Mitglieder der Laborgemeinschaft (BSNR) für die GKV-Leistungsabrechnung

Ich/wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analysekosten nicht Bestandteil meiner/unserer Abrechnung sind.

☐ Ich/Wir erbringe(n) zertifizierte Leistungen gemäß Abschnitt 32.2 EBM in dem zertifizierten Labor der Praxis

BSNR:

8. Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensanweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion in der für dieses Abrechnungsquartal gültigen Version Anwendung gefunden hat.

Sofern ich/wir ein Arzneimittelmodul einsetze(n), habe(n) ich/wir die entsprechende KBV-Prüfnummer mittels KVDT übertragen.

9. Software zur Krankenversichertenkarten-Archivierung

Krankenversichertenkarten-Archivierungsprogramme werden in meiner/unserer Praxis nicht eingesetzt. Mir/Uns ist bekannt, dass das Zurückübertragen/Rückspeichern der in solchen Programmen gespeicherten Patientendaten in mobile Krankenversichertenkartenlesegeräte oder direkt in ein Praxisverwaltungsprogramm nicht zulässig ist. Gleiches gilt für das Duplizieren von Original-Krankenversichertenkarten mittels Blanko-Chipkarten.

10. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschalen

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n). In den Fällen, in denen bei der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt haben, bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen haben, wonach nur ich/wir in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(n).

Ich/Wir bin/sind mir/uns bewusst, dass die Abgabe unrichtiger Angaben in dieser Erklärung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt, der unter Umständen strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen - bis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung - zur Folge haben kann.

(Ort) (Datum) TTMMJJJJ (Unterschrift[5] und Stempel[2])

---

[2] Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte einen weiteren Bogen ausfüllen.

[3] Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

[4] Die jeweiligen Tage der Vertretung in dem Monat sind anzukreuzen.

[5] Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte ˜ bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich. Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.