

BUNDESÄRZTEKAMMER

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen



## NVL Chronische KHK (2. Auflage) – Modul „Medikamentöse Therapie“ veröffentlicht

Im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) steht das Modul „Medikamentöse Therapie“ der NVL Chronische KHK, 2. Auflage seit Dezember 2011 im Internet unter [www.khk.versorgungsleitlinien.de](http://www.khk.versorgungsleitlinien.de) bereit.

**Hintergrund:** Die hohe Prävalenz und Inzidenz der koronaren Herzkrankheit (KHK) sowie eine große Variationsbreite in der Versorgungsqualität verlangen verstärkte Bemühungen um die Optimierung der Versorgung von Menschen mit KHK. Hierzu gehören verlässliche Definitionen des Notwendigen und Angemessenen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Ziel der NVL ist es, anhand von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen die Versorgung von Menschen mit chronischer KHK über verschiedene Sektoren hinweg zu verbessern.

Die Veröffentlichung der aktualisierten 2. Auflage der NVL KHK erfolgt in Modulen. Das Modul „Medikamentöse Therapie“ der 2. Auflage der NVL Chronische KHK gibt als das erste aktualisierte Modul spezifische Empfehlungen zu unterschiedlichen Aspekten der Pharmakotherapie bei Menschen mit chronischer KHK.

**Wichtige Ergebnisse:** Zusätzlich zu den bisherigen Themen der 1. Auflage wurden von der Arbeitsgruppe Empfehlungen zur kombinierten Antikoagulation (Duale Thrombozytenaggregationshemmung und Triple-Therapie), zur Interaktion von Thrombozytenaggregationshemmern und Protonenpumpeninhibitoren sowie zu neuen Wirkstoffgruppen wie z. B. Piperazin-

derivate, If-Ionenkanalblocker und Thienopyridinen erarbeitet; darüber hinaus wurde die FDA-Warnung zum Myopathierisiko unter Statinen berücksichtigt. Des Weiteren wurde in der 2. Auflage in einem zusätzlich erstellten Kapitel zu Substanzen ohne ausreichend belegte Prognoseverbesserung bei der symptomatischen Therapie und Prophylaxe der Angina Pectoris Stellung genommen. In einem Algorithmus wurden die symptomatischen und prognoseverbessernden therapeutischen Schritte bei chronischer KHK visualisiert und schematisch zusammengefasst.

Das **Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien** steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Experten verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen eine angemessene und evidenzbasierte Patientenversorgung darzustellen.

In der vorliegenden Bekanntmachung sind die wichtigsten Empfehlungen und Ausführungen des aktualisierten Modul „Medikamentöse Therapie“ der NVL Chronische KHK zusammengestellt. Die vollständige Fassung sowie Hintergrundinformationen zu Quellen und Methodik sind über die Internetseite [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de) zugänglich.

**Autoren des Moduls „Medikamentöse Therapie“ der NVL KHK, 2. Auflage:** J. Barkhausen (DRG), J. Cremer (DGTHG), N. Donner-Banzhoff (DEGAM), C. Hamm (DGK), C. Herrmann-Lingen (DKPM), U. Laufs (AKdÄ), B. Schwaab (DGPR), S. Silber (DGK), K. Werdan (DGIM), H.-R. Zerkowski (DGTHG)

**Beteiligte:** I. Kopp (AWMF) – Moderation; S. Weinbrenner (ÄZQ) – Moderation/Methodische Begleitung/Redaktion/Koordination; T. Langer (ÄZQ), C. Khan (ÄZQ), S. Conrad (ÄZQ) – Koordination und Redaktion; G. Ollenschläger (ÄZQ) – Moderation und Leitung des ÄZQ; H. Dörge (DGTHG), E. Fleck (DGK), J. Haasenritter (DEGAM), C. Jacobschagen (DGIM), C. Klein (DGK), B. Osswald (DGTHG), U. Tebbe (DGK), P. Thürmann (ad personam), H. Wille (ad personam)

### Verwendete Abkürzungen in den Empfehlungen und Abbildungen:

|                   |  |     |                                   |
|-------------------|--|-----|-----------------------------------|
| ASS               | Acetylsalicylsäure                             | KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| BÄK               | Bundesärztekammer                              | KHK | Koronare Herzkrankheit            |
| BMS               | Bare Metal Stent                               | PCI | Perkutane Koronarintervention     |
| HMG-CoA-Reduktase | 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzym-A-Reduktase |     |                                   |

**Zusammenfassung der Empfehlungen**

(A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option)

NVL-Langfassung unter  
www.khk.versorgungsleitlinien.de

**Medikamentöse Therapie**

| Empfehlungen/Statements  | Empfehlungsgrad |
|--|-----------------|
| <b>Prognoseverbessernde Therapie</b>   |                 |
| <b>Thrombozytenaggregationshemmer</b>  |                 |
| 11-1<br>Alle Patientinnen/Patienten mit stabiler KHK sollen 100 mg Acetylsalicylsäure (ASS) pro Tag erhalten.  | A               |
| 11-2<br>Bei ASS-Allergie, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen sollte ASS durch 75 mg Clopidogrel täglich ersetzt werden.   | B               |
| <b>Kombinierte Antikoagulation</b>   |                 |
| 11-3<br>Bei Patientinnen/Patienten mit chronisch stabiler KHK und einer Indikation zur oralen Antikoagulation ist eine zusätzliche Thrombozytenaggregationshemmung nicht sinnvoll. Die folgenden Empfehlungen behandeln Ausnahmen, die sich durch koronare Interventionen und/oder das akute Koronarsyndrom (< 12 Monate) ergeben. | Statement       |
| <b>Kombinierte Antikoagulation: „Triple-Therapie“</b>  |                 |
| 11-4<br>Bei Patientinnen/Patienten nach koronarer Stentimplantation und Indikation zur oralen Antikoagulation sollte eine Triple-Therapie (ASS + Clopidogrel + Antikoagulation) durchgeführt werden.   | B               |
| 11-5<br>Um die Dauer der Triple-Therapie möglichst kurz zu halten und damit die Gefahr schwerwiegender Blutungen zu verringern, sollten bei oral antikoagulierten Patientinnen/Patienten Bare Metal Stents (BMS) eingesetzt werden.  | B               |
| 11-6<br>Nach koronarer Stentimplantation mit einem BMS sollte mit der Triple-Therapie (ASS + Clopidogrel + Antikoagulation) für 4 Wochen behandelt werden.   | B               |
| 11-7<br>Bei Patientinnen/Patienten mit stabiler koronarer Herzerkrankung und Implantation eines BMS ist nach Abschluss der 4-wöchigen Triple-Therapie postinterventionell die alleinige Gabe der oralen Antikoagulation ausreichend.   | 0               |
| 11-8<br>Bei Patientinnen/Patienten unter oraler Antikoagulation kann die Durchführung der Koronarangiographie und der perkutanen Koronarintervention (PCI) über den Radialiszugang Vorteile bieten.  | 0               |
| 11-9<br>Für die Dauer der Triple-Therapie sollte ein INR im unteren therapeutischen Zielbereich gewählt werden (z. B. 2–2,5).  | B               |
| 11-10<br>Nach aortokoronarer Bypassoperation und Notwendigkeit zur Antikoagulation soll postoperativ die alleinige Antikoagulation fortgeführt werden.   | A               |
| 11-11<br>Bei Patientinnen/Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne Stentimplantation und ohne aortokoronare Bypassoperation kann bei geringem Blutungsrisiko für 1 Jahr die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zusätzlich zur oralen Antikoagulation sinnvoll sein.  | 0               |
| 11-12<br>Bei Patientinnen/Patienten mit akutem Koronarsyndrom und BMS-Implantation kann nach 4 Wochen Triple-Therapie bei geringem Blutungsrisiko für 1 Jahr die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers zusätzlich zur oralen Antikoagulation sinnvoll sein.   | 0               |
| 11-13<br>Bei akutem Koronarsyndrom und aortokoronarer Bypassoperation soll bei Notwendigkeit zur Antikoagulation postoperativ die orale Antikoagulation ohne Thrombozytenaggregationshemmung fortgeführt werden.   | A               |
| <b>Lipidsenker</b>   |                 |
| 11-14<br>HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) sollen als Lipidsenker der ersten Wahl eingesetzt werden, da für sie eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit bei Personen mit KHK belegt wurde.  | A               |
| 11-15<br>Alle Patientinnen/Patienten mit koronarer Herzkrankheit sollen unabhängig vom Ausgangswert der Blutfettwerte zur Reduktion der Morbidität und der Sterblichkeit mit einem Statin behandelt werden.  | A               |
| 11-16<br>Bei Nebenwirkungen unter Statinen sollte durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.  | B               |

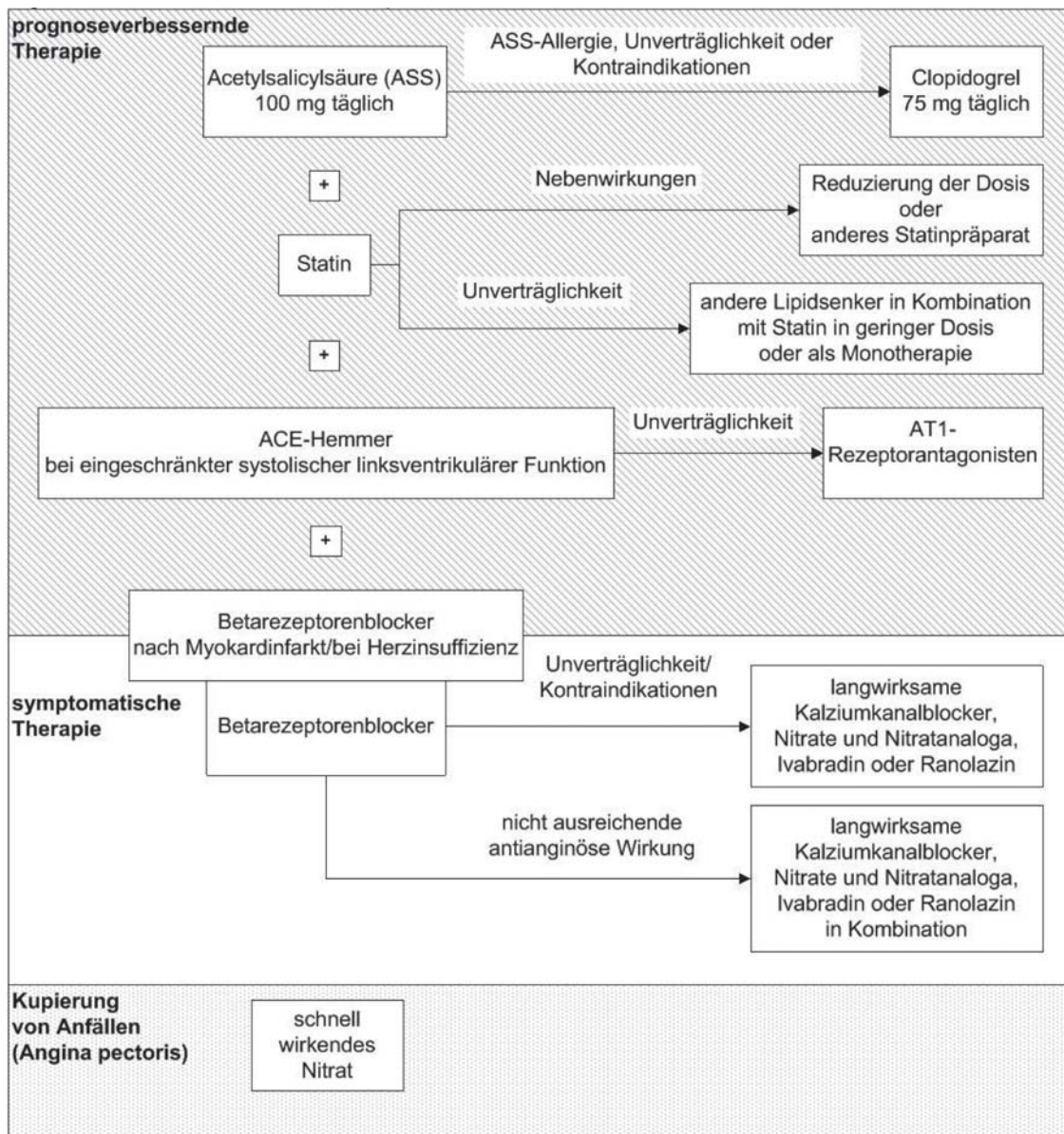
(A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = Option)

| Empfehlungen/Statements   | Empfehlungsgrad |
|---|-----------------|
| <b>11-17</b><br>Bei Unverträglichkeit von Statinen kann zur Lipidsenkung ein anderes Medikament in Kombination mit einem Statin in geringer Dosis oder als Monotherapie erwogen werden (Fibrate, Nikotinsäurederivate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorbtionshemmer).                                   | 0               |
| <b>Betarezeptorenblocker</b>  |                 |
| <b>11-18</b><br>Patientinnen/Patienten nach Myokardinfarkt sollen mit einem Betablocker behandelt werden (Senkung der Sterblichkeit belegt für Propranolol, Timolol, Acebutolol, Metoprolol-Succinat).  | A               |
| <b>11-19</b><br>Patientinnen/Patienten mit KHK und Herzinsuffizienz sollen lebenslang mit einem Betablocker behandelt werden (Reduktion der Sterblichkeit gesichert für Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol-Succinat).   | A               |
| <b>11-20</b><br>Bei Patientinnen/Patienten mit KHK und Hypertonie sollten Betablocker als blutdrucksenkendes Medikament der ersten Wahl angewendet werden, da eine günstige sekundärpräventive Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos und gegebenenfalls der KHK-Symptomatik zu erwarten ist.           | B               |
| <b>11-21</b><br>Die Dosierung kann für Personen nach aktuellem Herzinfarkt so titriert werden, dass eine Reduktion der Herzfrequenz in Ruhe auf < 70 Schläge pro Minute (Sinusrhythmus) erreicht wird.  | 0               |
| <b>Hemmer des RAA-Systems</b>   |                 |
| <b>11-22</b><br>Alle Patientinnen/Patienten mit KHK und eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion sollen aufgrund der belegten Senkung der Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden.   | A               |
| <b>11-23</b><br>Bei Patientinnen/Patienten mit KHK und Hypertonie sollten ACE-Hemmer zur Blutdrucksenkung sowie Reduktion der Morbidität und Sterblichkeit eingesetzt werden.   | B               |
| <b>11-24</b><br>Bei allen Patientinnen/Patienten mit KHK und eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion, die einen ACE-Hemmer nicht vertragen, sollen AT1-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden.   | A               |
| <b>Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris</b>   |                 |
| <b>Betarezeptorenblocker</b>  |                 |
| <b>11-25</b><br>Betarezeptorenblocker sollen zur Verminderung von Angina-pectoris-Symptomen und/oder dadurch zur Verbesserung der Belastungstoleranz angewendet werden. Sie sind wegen der gleichzeitigen Prognoseverbesserung Medikamente der ersten Wahl.   | A               |
| <b>Kalziumkanalblocker</b>  |                 |
| <b>11-26</b><br>Langwirksame Kalziumkanalblocker können nachrangig zu Betarezeptorenblockern zur symptomatischen Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden.  | 0               |
| <b>11-27</b><br>Dihydropyridin-Kalziumkanalblocker sind als Monotherapie im Zeitraum bis zu 4 Wochen nach Infarkt und bei instabiler Angina pectoris kontraindiziert.   | Statement       |
| <b>Weitere Substanzen ohne ausreichend belegte Prognoseverbesserung</b>   |                 |
| <b>11-28</b><br>Patientinnen/Patienten mit stabiler Angina pectoris sollen über ein schnell wirkendes Nitrat zur Kupierung von Anfällen verfügen.   | A               |
| <b>11-29</b><br>Nitrate und Nitratanaloga sollten nur zur symptomatischen Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden.   | B               |
| <b>11-30</b><br>Der If-Ionenkanalblocker Ivabradin kann zur Therapie der Angina pectoris bei Unverträglichkeit von Betarezeptorenblockern oder bei nicht ausreichender antianginöser Wirkung der Therapie mit Betarezeptorenblockern eingesetzt werden.   | 0               |
| <b>11-31</b><br>Das Piperazinderivat Ranolazin kann alternativ zur Therapie der Angina pectoris bei Unverträglichkeit von Betarezeptorenblockern eingesetzt werden. Ranolazin kann – bei nicht ausreichender antianginöser Wirkung der Betarezeptorenblocker – in Kombination mit diesen eingesetzt werden. | 0               |
| <b>Weitere Maßnahmen</b>  |                 |
| <b>Gripeschutzimpfung</b>   |                 |
| <b>11-32</b><br>Bei Patientinnen/Patienten mit symptomatischer KHK sollte die jährliche Gripeschutzimpfung durchgeführt werden.   | B               |

(A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, O = Option)

| Empfehlungen/Statements  | Empfehlungsgrad |
|--|-----------------|
| <b>Arzneimittel mit fehlendem Wirksamkeitsnachweis</b>   |                 |
| 11-33<br>Eine Hormontherapie soll zur Primär- oder Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit nicht angewendet werden. | A               |
| 11-34<br>Chelattherapie, Phytotherapie und Vitaminsupplementierung sollen zur Behandlung der KHK nicht angewendet werden.  | A               |

**Algorithmus 1: Medikamentöse Therapie bei stabiler KHK**



**Korrespondenzadresse:**

Dr. S. Weinbrenner, C. Khan, Prof. Dr. Dr. G. Ollenschläger (Leiter des ÄZQ)  
 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Gemeinsames Institut von BÄK und KBV)  
 TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106–108; 10623 Berlin. E-Mail: versorgungsleitlinien@azq.de

## Bekanntmachungen

**Beschlüsse****der Ständigen Gebührenkommission nach § 52  
des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger**

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 26.03.2012 nachfolgend aufgeführte Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (UV-GOÄ – Anlage zu § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2011) beschlossen:

- In Teil B, Abschnitt VI. wird die Leistungslegende der Nr. 141 wie folgt ergänzt:  
„Der Anspruch auf die Gebühr besteht auch dann, wenn der Arzt die Anzeige an die für den Arbeitsschutz zuständige Stelle übermittelt und der Unfallversicherungsträger sie von dieser Stelle erhält.“
- In Teil B, Abschnitt VI, wird die Geb.-Nr. 155 wie folgt neu gefasst:  
„Vordruck A 8200 – 2301  
Gutachten BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit) 230,32 Euro  
Mit der Gebühr sind alle erforderlichen Untersuchungsleistungen (einschl. TEOAE und DPOAE) und Sachkosten – ausgenommen Röntgenleistungen – abgegolten. Werden dem Unfallversicherungsträger Sachkosten von einem Dritten in Rechnung gestellt, so sind diese vom Gutachtenhonorar abzuziehen. Soweit erforderlich, sind mit Begründung (siehe nachfolgende „Hinweise“) gesondert berechnungsfähig:  
Geb.-Nr. 1403 Tinnitusbestimmung  
Geb.-Nr. 1403 Verdeckungskurven (n. Feldmann)  
Geb.-Nr. 1403 Hörfeldskalierung/Hyperakusis  
Geb.-Nr. 1403 überschwellige Hörtestverfahren  
Geb.-Nr. 1403 Békésy-Audiometrie  
Geb.-Nr. 1407 Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral  
Geb.-Nr. 1408 BERA

Hinweise zu den gesondert berechnungsfähigen Untersuchungen:

Tinnitusbestimmung, Verdeckungskurven (nach Feldmann),  
Hörfeldskalierung:

Die Neufassung der Königsteiner Empfehlung beinhaltet optional eine umfangreiche Tinnitusdiagnostik als Standard. Eine Abrechnungsmöglichkeit soll bestehen, wenn abzuklären ist, ob ein vorliegender Tinnitus lärmbedingt ist, und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Für jede durchgeführte Untersuchung, also bis zu drei Mal, kann die Nummer 1403 zusätzlich abgerechnet werden.

Überschwellige Hörtestverfahren

Überschwellige Hörprüfungen sind mit dem Ansatz der GOP 1403 nicht abgegolten, da die Legende auf „überschwellige Hörprüfung“ zwar hinweist, dies aber auch nur im Singular. Gemäß Neufassung der Königsteiner Empfehlung sind überschwellige Testverfahren wie eine Geräuschaudiometrie nach Langenbeck oder einen SISI-Test o. ä. nur notwendig, wenn OAE-Messungen nicht zu Ergebnissen führen. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn OAE-Messungen nicht zu Ergebnissen führen und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Hierfür kann die Nummer 1403 bis zu drei Mal zusätzlich abgerechnet werden.

Békésy-Audiometrie

Bei der Békésy-Audiometrie handelt sich um ein automatisiertes Audiometrieverfahren, das der Differenzierung zwischen Adaptation und Hörermüdung dient oder anders ausgedrückt zwischen Innenohr- und neuraler Schädigung. Da es sich somit um ein völlig eigenständiges Verfahren handelt, ist eine gesonderte Abrechnung gerechtfertigt. Die Békésy-Audiometrie ist anzuwenden, wenn der Verdacht besteht, dass es sich nicht um eine reine Innenohrschwerhörigkeit handeln könnte und die Untersuchung jeweils durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1403 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral

Unter der 1407 wird üblicherweise die sog. Tympanometrie und die einfache Messung der Stapediusreflexe verstanden. Die Stapediusreflexschwellenbestimmung ist dagegen ein Verfahren, das ähnlich wie die überschwelligen Hörprüfungen dem Nachweis eines Recruitment dient. (Recruitmentäquivalent-Metz, 1952)

Die Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi und contralateral ist nur notwendig, wenn Audiometriebefunde und OAE-Messungen Zweifel aufwerfen. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn Audiometriebefunde und OAE-Messungen Zweifel aufwerfen und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Hierfür kann die Nummer 1407 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Hirnstammaudiometrie (BERA)

Die BERA ist indiziert, wenn nach Messung der OAE Zweifel bestehen, dass es sich um eine innenohrbedingte Schwerhörigkeitsform handelt und evtl. eine retrocochleäre/neurale Ursache zu vermuten ist. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn die OAE-Messungen vorgenannte Zweifel aufwerfen und die Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1408 zusätzlich einmal abgerechnet werden.“

- In Teil O werden folgende Ergänzungen aufgenommen:
- In den Allgemeinen Bestimmungen vor „I. Strahlendiagnostik“ wird in Nr. 4. folgender Satz angefügt:  
„Für die Beurteilung der ILO-Klassifikation von anderweitig angefertigten Röntgenaufnahmen bzw. die Beurteilung der ICOERD-Klassifikation von anderweitig durchgeführten CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-

Diagnostik als selbständige Leistungen kann der Arzt die Nr. 5255, 5381, 5382 oder 5383 abrechnen.“

- 3.2 Die Leistungslegende der Geb.-Nr. 5255 wird wie folgt ergänzt:

„Die Gebühr kann auch außerhalb von Begutachtungen für die Beurteilung der ILO-Klassifikation im Zusammenhang mit der Pneumokoniose-Diagnostik abgerechnet werden.“

- 3.3 Die Leistungslegende der Geb.-Nr. 5371 wird wie folgt ergänzt:

„Bei zusätzlicher Beurteilung eines HR CT nach der ICOERD-Klassifizierung im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers kann die Gebühr der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden.“

- 3.4 Im Abschnitt I Strahlendiagnostik wird nach der Geb.-Nr. 5380 die Überschrift „9 ICOERD Klassifizierung von Fremd-CT-Aufnahmen“ mit folgenden Gebührennummern angefügt:

„Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen 5381 einer (HR) CT-Untersuchung

54,00 Euro 54,00 Euro

Die Gebühr nach Nr. 5381 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5382 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig

5382 von zwei (HR) CT-Untersuchungen

108,00 Euro 108,00 Euro

Die Gebühr nach Nr. 5382 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig

5383 von drei oder mehr (HR) CT-Untersuchungen

162,00 Euro 162,00 Euro

Die Gebühr nach Nr. 5383 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5382 nicht berechnungsfähig

Die Änderungen treten am 1. Mai 2012 in Kraft und werden veröffentlicht.

Berlin, den 13.04.2012

□

## Inkrafttreten des Anforderungskataloges

### nach § 73 Abs. 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken

#### Anforderungen an Datenbanken und Software zur Verordnung von Arzneimitteln für Vertragsarztpraxen

Anlage 23 zu § 29 Bundesmantelvertrag  
– Ärzte bzw. § 15 Bundesmantelvertrag –  
Ärzte/Ersatzkassen

Der im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 13 vom 30.3.2012, Seite A 661–668 veröffentlichte Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken ist am 1.4.2012 in Kraft getreten. □

## Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriums- medizinischer Untersuchungen

### I. Bestellung von Referenzinstitutionen für die Durchführung von Ringversuchen im Bereich der qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 23.03.2012 beschlossen, die nachfolgend genannten beiden Organisationen als Referenzinstitutionen gem. Richtlinienenteil 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 Laboratoriumsmedi- zin e.V.

Friesdorfer Straße 153  
53175 Bonn  
Telefon: 0228 926895 0  
Fax: 0228 926895 29  
E-Mail: info@dgkl-rfb.de  
Internet: www.dgkl-rfb.de

#### INSTAND e.V. – Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssi- cherung in medizinischen Laboratorien

Ubierrstraße 20  
40223 Düsseldorf  
Telefon: 0211 1592 13 0  
Fax: 0211 1592 1330  
E-Mail: instand@instand-ev.de  
Internet: www.instand-ev.de

### II. Anpassung von Ringversuchsfrequenzen gemäß Richtli- nienteil B 2 „Qualitative laboratoriumsmedizinische Un- tersuchungen“

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 23.03.2012 eine Änderung der Ringversuchsfrequenzen für die qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen gemäß Richtlinienenteil B 2 wie nachfolgend aufgeführt 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     |