

Wetterauer
Hausärztestammtisch
13.09.2016

Medikations-Planwirtschaft

Wolf Eckert, Rheinstrasse 8, 61206 Wöllstadt, Telefon 06034/2354

Agenda



- Hilfreich oder verwirrend? Der Medikationsplan ab 1.10.16:
 - Für wen gilt jetzt was ab wann? Wer soll was wie umfassend dokumentieren?
 - Was ist verpflichtend und was nur optional? Wer haftet für die Angaben?
 - Was ändert sich in der Praxis-EDV? Braucht man einen Barcode-Leser?
- Hausärzte an die Pflegefront! Die neuen EBM-Kapitel 37 und 38 seit 1.7.16
 - Kap. 37: Vertraglich vereinbarte Kooperationen mit Heimen werden honoriert
 - Kap. 38: Delegationsfähige Leistungen neu sortiert und bewertet
- Neues von der Praxis-Bürokratie: Formular-Muster 55 ab 1.10.16

Der neue Medikationsplan ab 1.10.16

Hilfreich oder verwirrend?



Medikationsplan Fakten (1)



Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 31a Medikationsplan

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren.

(2) In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind,
2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.

Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen.

(3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Auf Wunsch des Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung über den Anspruch nach Satz 1 hinaus gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie nach Satz 2 gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 erlaubt. Die Aktualisierungen nach Satz 3 sind mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.

(4) Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den in den Sätzen 1 und 2 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Satz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(5) Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 erstmals bis zum 30. April 2017 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen der Apotheken einheitlich abgebildet und zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die erstmalige Fortschreibung nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 bis 8 entsprechend.

(6) Von den Regelungen dieser Vorschrift bleiben regionale Modellvorhaben nach § 63 unberührt.

Medikationsplan

Fakten (2)



- Ab 1.10.16
 - Muss jedem Patienten mit >3 verschreibungs- und oder apothekenpflichtigen Medikamenten angeboten werden
 - Betrifft alle Medikamente einschl. Selbstmedikation, ggf. auch zugehörige Medizinprodukte (z.B. Insulin-Pens)
 - Schriftlich, bis 31.3.17 ohne zwingende formale Vorgabe (aber: „*Der Medikationsplan soll eine einheitliche Struktur und ein einheitliches Aussehen aufweisen.*“)
 - Der erststellende Vertragsarzt* hat Aktualisierungen einzupflegen; weitere Ärzte, Apotheker oder Krankenhäuser können aWdP Änderungen vornehmen

* „*Die erstmalige Erstellung ... erfolgt in der Regel durch den Hausarzt oder in den Fällen, in denen der Versicherte keinen Hausarzt in Anspruch nimmt, durch den behandelnden Facharzt.*“

Fakten (3)



- Ab 1.4.16
 - EDV-gestützter Ausdruck analog Musterformular (mit Barcode)
 - Ab 1.1.19:
 - Anspruch auf Aktualisierung wird auf jeden verordnenden Vertragsarzt (sowie bei Selbstmedikation auf jeden abgebenden Apotheker) erweitert
 - Aktualisierungen müssen auf der eGK gespeichert werden, wenn der Patient das wünscht
- ➔ Vergütungsvereinbarung noch nicht verabschiedet!!!

Medikationsplan

für: **Rudolf Testmann**

geb. am: **19.10.1959**

ausgedruckt von:

Praxis Dr. Michael Müller
Schloßstr. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567
E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de

ausgedruckt am: 25.04.2016



Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Zeitpunkt				Einheit	Hinweise	Grund
				morgens	mittags	abends	zur Nacht			
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette

zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente

Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflaster	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
----------	--	---------	----------	------------------	--	--	--	-------	----------------------------------	-----------

Selbstmedikation

Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung
---------------	--------------	--------	------	---	---	---	---	-------	--	----------

Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen

Umsetzung (1)



- Eine Aktualisierung durch den erstellenden Arzt erfolgt im Hinblick auf die von anderen Ärzten verordneten Medikamente, wenn er davon Kenntnis erhält.
- Änderungen aufgrund von Rabattverträgen (d. h. Änderungen nur des Präparatenamens) verpflichten nicht zu einer Aktualisierung durch den Arzt.
- Änderungen durch die Apotheke können übergangsweise auch handschriftlich erfolgen (z. B. Eintrag von Rabattvertragsarzneimitteln).

Umsetzung (2)



- Soweit Apotheker Selbstmedikation handschriftlich ergänzen, erfolgt dies auf einem gesonderten Blatt. Auch diese **Selbstmedikation wird nur durch den Arzt in den Medikationsplan aufgenommen, wenn es aus seiner Sicht medizinisch notwendig ist.**
- Zur Erleichterung der Aktualisierung enthält der Medikationsplan als zusätzliches Angebot einen Barcode, der mit einem Barcodescanner eingelesen werden kann. Jedoch ist kein Arzt verpflichtet, sich diesen anzuschaffen, wenn er die Aktualisierung auf andere Weise durchführen möchte.

Medikationsplan

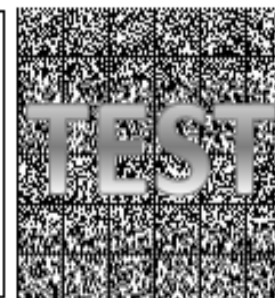
für: **Rudolf Testmann**

geb. am: **19.10.1959**

ausgedruckt von:

Praxis Dr. Michael Müller
Schloßstr. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567
E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de

ausgedruckt am: 25.04.2016



Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Zeitpunkt				Einheit	Hinweise	Grund
				morgens	mittags	abends	zur Nacht			
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette

zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente

Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflaster	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
----------	--	---------	----------	------------------	--	--	--	-------	----------------------------------	-----------

Selbstmedikation

Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung
---------------	--------------	--------	------	---	---	---	---	-------	--	----------

Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen

Vereinbarung

gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V
über Inhalt, Struktur und
Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung
eines Medikationsplans
sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung

(Vereinbarung eines bundeseinheitlichen
Medikationsplans – BMP)

Zwischen

der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**
K. d. ö. R., Berlin,

der **Bundesärztekammer**
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Berlin,

und

dem **Deutschen Apothekerverband e. V.**,
Berlin

BMP-Vereinbarung (1)



Der Medikationsplan

- *wird in Papierform ausgehändigt. Ergänzend kann er auch in elektronischer Form, zur Verfügung gestellt werden, soweit die technischen Ausstattungen und die Verfügbarkeit sicherer elektronischer Übermittlungsmöglichkeiten gegeben sind.*
- *umfasst keine Medikationshistorie und ersetzt nicht die Medikationsdokumentation im Rahmen einer Patientenakte oder eines Entlassmanagements.*
- *gewährleistet nicht Vollständigkeit und Aktualität der Daten (Anm.: Der Patient kann auf Weglassungen bestehen!). Er enthält deshalb einen entsprechenden Hinweis.*

BMP-Vereinbarung (2)



- *Versicherte sollen den Anspruch auf Erstellung eines Medikationsplans nur gegenüber einem Arzt geltend machen und alle weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte darüber informieren, ob sie bereits einen Medikationsplan haben und ggf. durch wen der Plan erstellt wurde.*

BMP-Übergangsbestimmungen



- *Die Verordnungssoftware muss gemäß § 73 Absatz 8 Satz 7 SGB V die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans notwendigen Funktionen und Informationen enthalten und von der KBV zugelassen werden.*
- *Sind die Voraussetzungen für die Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans gemäß den Anlagen zu dieser Vereinbarung in der Praxissoftware eines Arztes bis zum 01.10.2016 dennoch nicht gegeben, so kann dieser übergangsweise bis zum 31.03.2017 einen Medikationsplan erstellen und aktualisieren, der grundsätzlich die in ... dieser Vereinbarung genannten Inhalte umfasst.*

Medikationsplan

Detailprobleme (1)



Komplexere Dosierungsanweisungen:

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Insulin, normal	Actrapid Penfill	300 I.E.	Amp	10	6	8	0	IE	vor den Mahlzeiten, an Messergebnis anpassen, s. nächste Zeile	Diabetes mellitus

Bei gemessenem BZ-Wert < 120: wie angegeben / >120-160: + 2 I.E. / >160-200: +4 I.E. / >200: + 6 I.E.

Spezialdosierungen:

Phenprocoumon	Marcumar 3mg	3 mg	Tabl	s. gesonderter Plan	
---------------	--------------	------	------	---------------------	--

Abweichende Einnahmezeiten:

Levodopa/Benserazid	Levodopa/Benserazid CT 100mg/25mg	100 mg 25 mg	Tabl	Einnahmezeiten s. folgende Zeile		Parkinson
---------------------	--------------------------------------	-----------------	------	-------------------------------------	--	-----------

Einnahmezeiten: 08:30 = 1 Tabl. / 11:30 = 2 Tabl. / 13:45 = 1 Tabl. / 16:30 = 1 Tabl. / 19:00 = 1 Tabl.

Detailprobleme (2)



Ein- und ausschleichende Dosierungen:

Aufdosierung vom 2.2. bis 4.2. (Tag 1 bis Tag 3)

Methylphenidat		10 mg	Kaps	1	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

vom 5.2. bis 7.2. (Tag 4 bis Tag 6)

Methylphenidat		10 mg	Kaps	2	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

ab dem 8.2. (ab Tag 7)

Methylphenidat		30 mg	Kaps	1	0	0	0	Stück
----------------	--	-------	------	---	---	---	---	-------

Einnahmehinweise:

GeloMyrtol	120 mg	Kaps	2	2	2	0	Stück	eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten einnehmen!	Bronchitis
------------	--------	------	---	---	---	---	-------	---	------------

Medikationsplan

Detailprobleme (3)



Einnahmedauer:

Beispiel 1:

Amoxicillin	Amoxicillin-ratiopharm 750mg	750 mg	Tabl	1	1	1	0	Stück	7 Tage einnehmen (31.5.-6.6.)	Bronchitis
-------------	---------------------------------	--------	------	---	---	---	---	-------	-------------------------------	------------

Beispiel 2:

Antibiotikatherapie für 7 Tage (31.5. bis 6.6.)

Amoxicillin	Amoxicillin-ratiopharm 750mg	750 mg	Tabl	1	1	1	0	Stück		Bronchitis
-------------	---------------------------------	--------	------	---	---	---	---	-------	--	------------

Detailprobleme (4)



Verschiedene Dosierungen im Tagesablauf:

Lösung 1:

Valproat			Tabl	600	300	1200	0	mg
----------	--	--	------	-----	-----	------	---	----

Lösung 2:

Natrium valproat	Valproat 1A Pharma	300 mg	Tabl	0	1	0	0	Stück
Natrium valproat	Valproat 1A Pharma	600 mg	Tabl	1	0	2	0	Stück

Detailprobleme (5)



Zeitweise Dosisänderung:

vorher

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise
Pravastatin		20 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück	

nachher

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise
Pravastatin		20 mg	Tabl	1/2	0	0	0	Stück	Dosisreduktion bei Antibiotikatherapie Danach wieder 1 Stück!

Detailprobleme (6)



Unterschiedliche Verordner:

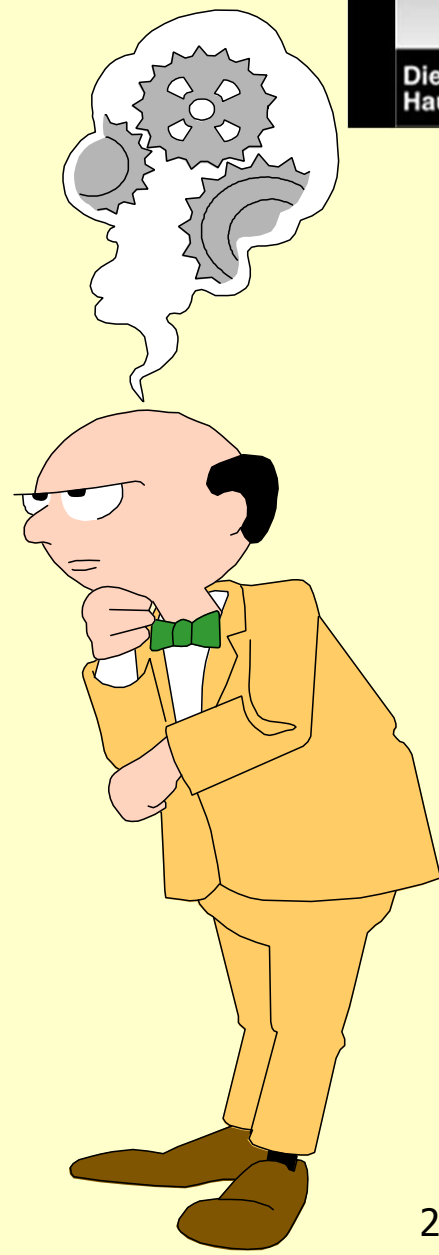
Beispiel 1: Kennzeichnung in der Spalte Hinweise

Diclofenac	Diclo 50 1A Pharma	50 mg	Tabl	bei Bedarf 1 Tabl				Stück	Verordnung Dr. A. Müller (Orthopädie)
Metamizol	Novaminsulfon Lichtenstein	500 mg/ml	Lösung	30	30	30	0	Tropfen	Verordnung Dr. A. Müller (Orthopädie)

Beispiel 2: Kennzeichnung als Zwischenüberschrift

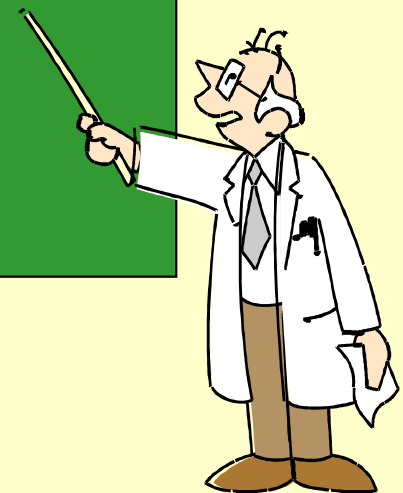
Verordnungen Dr. A. Müller (Orthopädie)

Diclofenac	Diclo 50 1A Pharma	50 mg	Tabl	bei Bedarf 1 Tabl				Stück	
Metamizol	Novaminsulfon Lichtenstein	500 mg/ml	Lösung	30	30	30	0	Tropfen	



EBM-Kapitel 37 und 38 ab 1.7.2016

Koordination und Delegation



Hintergrund



- Mit der Aufnahme des neuen Kapitels soll die medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen gestärkt werden.
- Es enthält mehrere neue Ziffern, mit denen der zusätzliche Aufwand von Haus- und Fachärzten für eine regelmäßige Abstimmung und Koordinierung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern honoriert werden soll.
- Eine solche Vergütungsregelung hatte der Gesetzgeber mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vorgeschrieben (§ 87 Absatz 2a Satz 13).

Abrechnungsvoraussetzungen



- Die Leistungen des Kapitels 37 können von Haus- und Fachärzten berechnet werden, sofern sie einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V mit einer stationären Pflegeeinrichtung geschlossen haben.
- Der Kooperationsvertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä („Versorgung in Pflegeheimen“) erfüllen und ist gegenüber der KV nachzuweisen.

➔ **Musterkooperationsvertrag zum Download auf der Website der KV Hessen**

Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

für einen Kooperationsvertrag

nach § 119b Abs. 1 i.V.m. § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB V

entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

**zur Förderung der kooperativen und
koordinierten ärztlichen und pflegerischen
Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)**

Abrechnungsziffern (1)



GOP 37100 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale,

- kann berechnet werden, wenn der Patient in einem Quartal nicht im Rahmen eines Besuches durch den Arzt im Pflegeheim, sondern ausschließlich in der Praxis behandelt wird
- einmal im Behandlungsfall; max. 2x im Krankheitsfall
- im Behandlungsfall nicht neben der zweiten Kooperationspauschale (GOP 37102) berechnungsfähig.

GOP 37102 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur GOP 01410 (Besuch) oder 01413 (Mitbesuch),

- einmal im Behandlungsfall
- kann für jeden Patienten im Pflegeheim mit Kooperationsvertrag, der mindestens einmal im Quartal durch den Arzt besucht wird, angesetzt werden.

Abrechnungsziffern (2)



GOP 37105 (275 Punkte): „Koordinationspauschale“ als Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä, einmal im Behandlungsfall

- Mit der Koordinationspauschale wird die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung sowie die Kooperation mit weiteren Ärzten und einbezogenen Pflegefachkräften honoriert.
- Sie kann nur von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie berechnet werden.
- Im Behandlungsfall nicht berechenbar neben den Kooperationspauschalen 37100 bzw. 37102

Abrechnungsziffern (3)

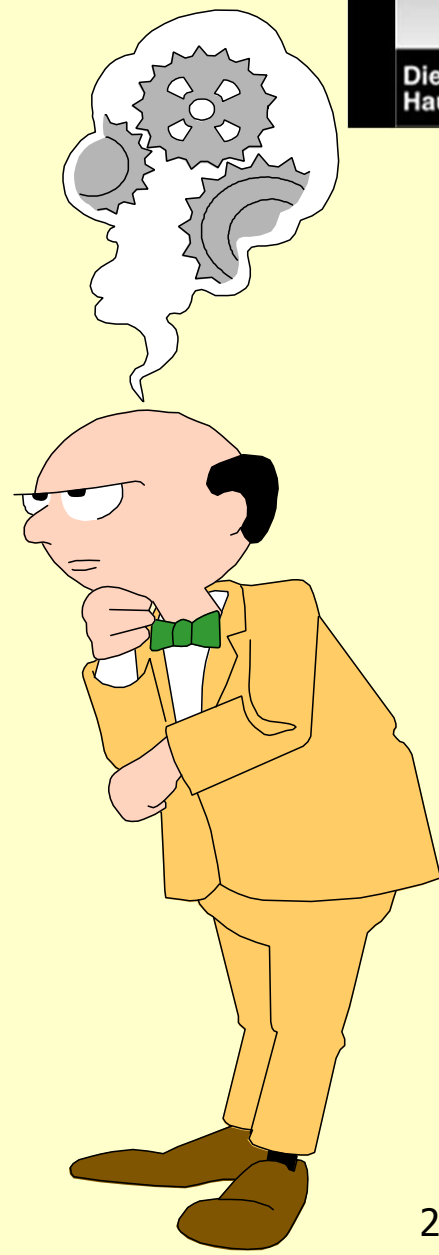


GOP 37113 (106 Punkte): Zuschlag zur GOP 01413 für den Mitbesuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag besteht.

Dieser Zuschlag dient der Angleichung der Bewertung des Mitbesuchs (GOP 01413, 106 Punkte) an den Besuch (GOP 01410, 212 Punkte) und kann für jeden Mitbesuch in einem Pflegeheim mit Kooperationsvertrag abgerechnet werden. Hierdurch soll der Mitbesuch gefördert werden.

GOP 37120 (64 Punkte): Fallkonferenzen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch telefonisch) mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen.

Kann bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnet werden.



Abrechnungsziffern (1)



Abschnitt 38.2 – Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

- Voraussetzung ist die Anstellung eines Mitarbeiters mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.
- Der Abschnitt 38.2 enthält die bisherigen Kostenpauschalen 40240 und 40260, für die jetzt eine höhere Bewertung gilt (Wegekosten aber wie auch bisher schon enthalten):

GOP 38100 (neu: 76 Punkte, ca. 7,93 Euro; alt: 5,10 Euro) für das Aufsuchen eines Patienten in der Häuslichkeit oder im Heim durch nichtärztliche Praxismitarbeiter.

GOP 38105 (neu: 39 Punkte, ca. 4,07 Euro; alt: 2,60 Euro) für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (Häuslichkeit oder Heim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der GOP 38100.

Abrechnungsziffern (2)



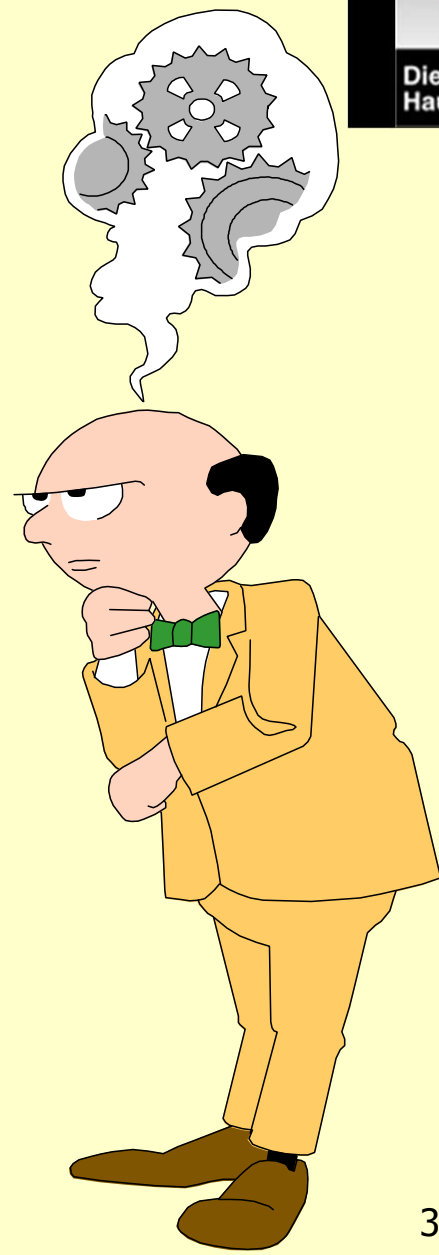
Abschnitt 38.3 – Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von NÄPas

- NÄPa-Qualifikation und –Anstellung muss ggü. der KV nachgewiesen werden
- Die neuen **GOP 38200 (90 Punkte)** und **38205 (83 Punkte)** sind Zuschläge zur GOP 38100 bzw. 38105 für NÄPas. Die Summe aus Bewertung der Basis-GOP und des Zuschlags entspricht der Bewertung der NÄPA-Besuche im Kapitel 3 (GOP 03062: 166 Punkte, GOP 03063: 122 Punkte).
- Die Berechnung der neuen GOP 38200 und 38205 ist allerdings auf das Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung von Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder anderen beschützenden Einrichtungen beschränkt. Sie können somit nicht beim Besuch eines Patienten in der Häuslichkeit berechnet werden.

Abrechnungsziffern (3)



- Die GOP 38200 und 38205 können von Hausärzten wie auch verschiedenen Fachärzten berechnet werden.
- Damit können kleinere Hausarztpraxen, die bislang aufgrund ihrer Fallzahl keine Genehmigung für die Abrechnung der NÄPA-GOP im Kapitel 3 erhalten konnten, diese NÄPa-Heimbesuchszuschläge berechnen.
- Größere Praxen können die Abrechnungsgrundlage wählen (Kapitel 3 oder 38).
- Eine Nebeneinanderberechnung der GOP 38200 bzw. 38205 und der GOP 03062 bzw. 03063 (NÄPA-Besuche im Kapitel 3) am Behandlungstag ist über die Basis-GOP (38100 bzw. 38105) ausgeschlossen.



Neues zur Praxisbürokratie

Muster 55 neu



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bescheinigung einer **55** schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V

Seit

--	--	--	--	--	--

(mindestens 4 Quartale zurückliegend)
ist der Versicherte wegen derselben
Erkrankung in Dauerbehandlung.

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

- ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
- ja, voraussichtlich bis

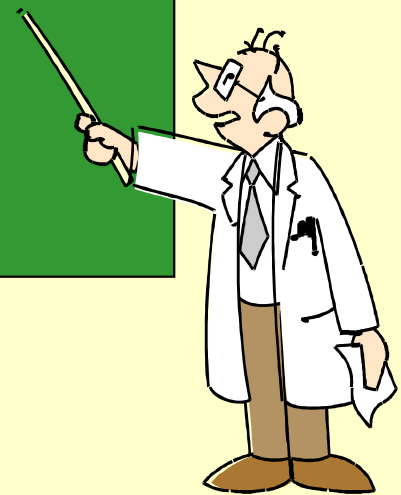
--	--	--	--
- nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

KV-Wahlen 2016

Warum wählen?





**KVWahl
2016**

Setzen Sie Ihr Kreuz zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen auf der Liste des Hausärzteeverbandes Hessen!

Hausärzte wählen Hausärzte!

Liste 7

„Die Hausärzte – Hausärzteeverband Hessen“



Sonst noch was?

- Kümmernisse,
- Ärgernisse,
- Berichte,
Anregungen...



Es geht weiter...



Termine des Wetterauer Hausarztstammtischs:

- Regulär immer am 2. Dienstag im letzten Quartalsmonat, jeweils 20 Uhr
- **Nächster geplanter Termine für 2016:
13.12.2016**
- Erinnerungs-E-Mail mit Agenda und Veranstaltungsort kommt jeweils immer kurz zuvor (an mir bekannte E-Mail-Adressen)



Und nun...



is' Feierabend!