



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Übersicht der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

seit der Neufassung des EBM mit Wirkung vom 01. Januar 2009 durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 und in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 sowie der diesbezüglichen ergänzenden Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 162., 163., 164., 166., 167. und 172. Sitzung (jeweils schriftliche Beschlussfassung)

sowie ferner der Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 235. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) der E-GO (Beschluss-Nr. 911 geändert durch Beschluss 914 in der 238. Sitzung)

anstelle der 236. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) der E-GO (Beschluss-Nr. 912)

anstelle der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) der E-GO (Beschluss-Nr. 915)

sowie ferner (gleichlautende) Beschlüsse der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 95. Sitzung (geändert in der 98. Sitzung), anstelle der 96. Sitzung sowie anstelle der 98. Sitzung (jeweils schriftliche Beschlussfassung) zur vertraglichen Vereinbarung zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) des BMÄ

Die Übersicht enthält alle Änderungen zum neuen EBM, die zum 1. April 2009 oder später in Kraft getreten sind.

(EBM) mit Wirkung vom 1. April 2009

Die Grundlage für die **Änderungen zum 1. April 2009** bilden die folgenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses

- 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 des Erweiterten Bewertungsausschusses
mit Bekanntmachung in Heft 12 DÄ vom Dezember 2008
- 176. Sitzung des Bewertungsausschusses am 17. März 2009
mit Bekanntmachung in Heft 15 DÄ vom 10.04.2009
- 178. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)
mit Bekanntmachung in Heft 13 DÄ vom 27.03.2009

- 179. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung)

mit Bekanntmachung in einer der nächsten Ausgaben DÄ / der Beschluss steht noch unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner

Ferner sind mit Wirkung vom 1. April 2009 zu berücksichtigen

- Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung der Kostenpauschale 40100 im Kapitel 40 der E-GO (Beschluss-Nr. 913) und gleichlautend auch
- Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 97. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung der Kostenpauschale 40100 im Kapitel 40 (BMV-Ä)

jeweils mit Bekanntmachung in Heft 11 DÄ vom November 2008

- Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) der E-GO (Beschluss-Nr. 915) und gleichlautend auch
- Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 99. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur vertraglichen Vereinbarung zu Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) des BMÄ

jeweils mit Bekanntmachung in Heft 51-52 DÄ vom 22.12.2008

- Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 241. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.18 in das Kapitel 40 der E-GO (Beschluss-Nr. 917) und gleichlautend auch
- Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 101. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.18 in das Kapitel 40 (BMV-Ä)

jeweils mit Bekanntmachung in Heft 16 DÄ vom 17.04.2009

- Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 242. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.17 in das Kapitel 40 der E-GO (Beschluss-Nr. 918) und gleichlautend auch
- Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 102. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.17 in das Kapitel 40 (BMV-Ä)

jeweils mit Bekanntmachung in Heft 16 DÄ vom 17.04.2009

(EBM) mit Wirkung vom 1. Juli 2009

Die Grundlage für die **Änderungen zum 1. Juli 2009** bilden die folgenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses

- 187. Sitzung des Bewertungsausschusses am 17. Juni 2009 mit Bekanntmachung in Heft 27 DÄ vom 03.07.2009

Ferner sind mit Wirkung vom 1. Juli 2009 zu berücksichtigen

- Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 240. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme weiterer Anmerkungen hinter dem Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844 (Beschluss-Nr. 916) und gleichlautend auch
- Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 100. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Aufnahme weiterer Anmerkungen hinter dem Katalog der Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844

jeweils mit Bekanntmachung in Heft 4 DÄ vom April 2009

Im Einzelnen handelt es sich hierbei um

aus der 8. Sitzung Erw. BA

Die Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung (GOP 12220) wird im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus mit Wirkung zum 1. April 2009 mit einem Anpassungsfaktor von 0,6407 angepasst.

aus der 176. Sitzung BA

Aufnahme der Kostenpauschalen 40870 und 40872 in die Präambel des Kapitels 3 EBM

aus der 178. Sitzung BA

Ergänzung der Nr. 7 in der Präambel des Kapitel 12 EBM

aus der 179. Sitzung BA

Der Bewertungsausschuss hat nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V entsprechend der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der Apherese bei isolierter Lipoprotein(a)-Erhöhung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufnahme einer neuen Gebührenordnungsposition analog der Gebührenordnungsposition 13620 beschlossen. Die Vergütung erfolgt zunächst bis zum 31. Dezember 2011 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

aus der 187. Sitzung BA

Aufnahme eines Abschnitts 30.10 in das Kapitel 30 mit den Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924

Auf den nächsten Seiten folgt eine sortierte Auflistung der vorgenannten Änderungen.

Daran anschließend befinden sich inhaltlich die Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen und die gleichlautenden Beschlüsse der Partner des Bundesmantelvertrages.

Die Änderungen seit der 172. Sitzung des Bewertungsausschusses sind nachstehend systematisch nummeriert, geordnet aufsteigend nach den Nummern der Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM. Diese Nummerierung ist somit nicht identisch mit den Nummerierungen in den einzelnen Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses.

Am Schluss dieser Aufstellung werden Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen und die gleichlautenden Beschlüsse der Partner des Bundesmantelvertrages (im Wortlaut) abgebildet.

1. ab 01.04.2009 – Aufnahme einer laufenden Nr. 8 der Präambel 3.1

8. Die in der Präambel genannten Vertragsärzte sind - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Anlage 8 des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag zur Abrechnung der Kostenpauschalen 40870 und 40872 berechtigt.

2. ab 01.04.2009 – Änderung in der Nr. 7 der Präambel 12.1

7. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.3 berechnungsfähig. **Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.3 gemäß Satz 1 gelten bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin als erfüllt.**

3. ab 01.04.2009 – Anpassung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 12220

12220	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32	65 Punkte	40 Punkte
-------	---	----------------------	-----------

4. ab 01.04.2009 – Änderung in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 13620

13620	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“		
-------	---	--	--

der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

je Apherese

420 Punkte

5. ab 01.04.2009 – Aufnahme einer neuen Gebührenordnungsposition 13622 im Abschnitt 13.3.6

13622 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

je Apherese

420 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 13622 ist einmal pro Behandlungswoche berechnungsfähig.

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13622 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13622 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01102, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530 und 01531 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13622 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

6. ab 01.04.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13622 in die Bestimmungen Nr. 2, 3 und 4 zu Abschnitt 13.3.6

2. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder bei Apheresen entsprechend der Gebührenordnungsposition 13620, 13621 **oder 13622**

schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Gebührenordnungspositionen 13611 und 13612 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.

3. Neben den Gebührenordnungspositionen 13610, 13611, 13612, 13620 , 13621 **und 13622** sind aus den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220, 01221, 01222, 01320, 01321, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen nach den Abschnitten 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. von Apherese handelt, nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13610 **bis 13622** berechnungsfähig.

7. ab 01.04.2009 – Aufnahme der analogen Ausschluss-Regeln in den Anmerkungen hinter den Gebührenordnungspositionen 01102, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3

8. ab 01.04.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13622 in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13622	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	10	Tages- und Quartalsprofil

9. ab 01.07.2009 – Aufnahme eines Abschnitts 30.10 in das Kapitel 30 EBM

30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIVinfizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 ist die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V).
2. Die Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 sind nur vom behandlungsführenden Arzt berechnungsfähig. Der behandlungsführende HIV-Schwerpunktarzt erklärt gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit der Abrechnung, dass er der alleinige behandlungsführende und abrechnende Arzt im jeweiligen Fall ist.

10. ab 01.07.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungsposition 30920 in den Abschnitt 30.10

30920 Zusatzpauschale für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die jederzeit widerrufen werden kann, vorliegt,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,

einmal im Behandlungsfall

1300 Punkte

11. ab 01.07.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungsposition 30922 in den Abschnitt 30.10

30922 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten

Obligater Leistungsinhalt

- Zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

einmal im Behandlungsfall

875 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30922 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30924 berechnungsfähig.

12. ab 01.07.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungsposition 30924 in den Abschnitt 30.10

30924 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIVInfizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bei Vorliegen HIV-assoziiierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z. B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten

Obligater Leistungsinhalt

- Drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

einmal im Behandlungsfall

1750 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30924 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30922 berechnungsfähig.

12.1 ab 01.07.2009 – Aufnahme einer dritten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 03212 im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924

Die Gebührenordnungsposition 03212 ist vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2009 in HIVSchwerpunktpraxen auch neben den Gebührenordnungspositionen 03120 bis 03122 berechnungsfähig.

12.2 ab 01.07.2009 – Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 in die Präambeln 3.1 Nr. 5, 4.1 Nr. 7, 13.1 Nr. 7

**B 913 Anstelle der 237. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft
 Ärzte/Ersatzkassen
 Beschlussfassung zum 1. April 2009**

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

B 913 Änderung der Kostenpauschale 40100

I. Die Arbeitsgemeinschaft beschließt mit Wirkung zum 1. April 2009:

1. Änderung der Kostenpauschale 40100

40100 Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der

- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen ~~des Kapitels 32,~~ **des Abschnitts 32.3,**
- Histologie,
- Zytologie,
- Zytologie und Molekulargenetik,

einmal im Behandlungsfall

2,60 €

2. Aufnahme einer Anmerkung hinter der Kostenpauschale 40100

Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig.

Gültig ab 1. April 2009

**Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
K.d.ö.R., Berlin, – einerseits – und die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
K.d.ö.R., Berlin, - andererseits – vereinbaren, den Bundesmantelvertrag
Ärzte/ Ersatzkassen (EKV) wie folgt zu ändern:**

Teil A

**Änderung des Bundesmantelvertrages Ärzte/ Ersatzkassen (EKV)
hinsichtlich der gemeinschaftlichen Leistungserbringung von
Laborleistungen**

Aufnahme eines Absatzes 3 zum § 14 EKV

Ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung von Laboratoriumsleistungen des Abschnitts 32.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist mit Wirkung ab 1. Januar 2009 ausgeschlossen. Bestehende Leistungserbringergemeinschaften (Gründung vor dem 1. Januar 2009) dürfen bis zum 31.12.2009 fortgeführt werden.

Gültig ab 1. Januar 2009

Teil B

**B 915 Anstelle der 239. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft
Ärzte/Ersatzkassen
Beschlussfassungen zum 1. Oktober 2008, 1. Januar
bzw. 1. April 2009**

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

**B 915 I. Die Arbeitsgemeinschaft beschließt rückwirkend
zum 1. Oktober 2008:**

**Änderung in der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen
32025 bis 32027**

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen
32025 bis 32027,
je Untersuchung

32025	Glucose
32026	TPZ (Thromboplastinzeit)
32027	D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)

Gültig ab 1. Oktober 2008

**II. Die Arbeitsgemeinschaft beschließt mit Wirkung
zum 1. Januar 2009:**

Beschluss zu weiteren Änderungen

Die Vertragspartner werden mit Wirkung zum 1. April 2009 im Kapitel 11 und im Kapitel 32 enthaltene Gebührenordnungspositionen für humangenetische Untersuchungen mit indikationsbezogenen Höchstwerten versehen.

Gültig ab 1. Januar 2009

**III. Die Arbeitsgemeinschaft beschließt mit Wirkung
zum 1. April 2009:**

**1. Änderung in der Leistungslegende der
Gebührenordnungsposition 32859**

32859 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen
32820, 32829 bis 32839 und 32841 bis 32844 bei
Nachweis mittels
Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT)

**2. Änderung in der Leistungslegende der
Gebührenordnungsposition 32837**

32837 MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring)

Gültig ab 1. April 2009

**B 917 Anstelle der 241. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft
 Ärzte/Ersatzkassen
 Schriftliche Beschlussfassung vom 1. April 2009**

B 917. Zu Kapitel 40 der E-GO:

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

I. Aufnahme eines neuen Abschnitts 40.18 in das Kapitel 40

40.18 Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

1. Die in diesem Abschnitt genannten Kostenpauschalen können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung
 - der berufsrechtlichen Bestimmungen,
 - der Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 BMV-Ä beziehungsweise § 14 Abs. 1 EKV und
 - der Voraussetzungen dieser Präambel

berechnet werden, sofern die in diesen Kostenpauschalen erbrachten Leistungen von entsprechend qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen erbracht werden.

2. Die Kostenpauschalen 40870 und 40872 können vom delegierenden Vertragsarzt nur unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag, über die von der nicht-ärztlichen Praxisassistentin erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von der nicht-ärztlichen Praxisassistentin erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
3. Neben den Kostenpauschalen 40870 und 40872 können nur die folgenden Leistungen berechnet werden: Leistungen des Abschnitts 32.2. sowie die Gebührenordnungsposition 31600.
4. Die Kostenpauschalen 40870 und 40872 können nur in Fällen berechnet werden, in denen eine Versichertenpauschale berechnet wurde.

- 40870 Kostenpauschale einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b S. 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag vorliegen.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen des Patienten zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
- Dokumentation gemäß der Präambel 40.18 Nr. 2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

17,00 Euro

Die Kostenpauschale 40870 ist auch für den ersten Besuch der nicht-ärztlichen Praxisassistentin im Rahmen der postoperativen Versorgung nach der Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.

Die mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistentin darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

Die Kostenpauschale 40870 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 40870 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.

- 40872 Kostenpauschale einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b S. 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V, die in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im

Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in Alten- oder Pflegeheimen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in anderen beschützenden Einrichtungen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der weiteren postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600,
- Dokumentation gemäß der Präambel 40.18 Nr. 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

12,50 Euro

Die Kostenpauschale 40872 ist nicht neben der Kostenpauschale 40870 berechnungsfähig.

Die mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistentin darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

Die Kostenpauschale 40872 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01415 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 40872 ist am Behandlungstag nicht neben den Kostenpauschalen 40240 und 40260 berechnungsfähig.

Protokollnotizen:

1. Die Vertragspartner werden die Auswirkung der Aufnahme ärztlich angeordneter Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, in das Kapitel 40 auf die Versorgung und Kostenentwicklung bis zum 31. Dezember 2011 fortlaufend analysieren und prüfen, inwieweit die Gesundheitsversorgung durch eine Änderung oder Erweiterung dieser Leistungen, ggf. auch auf weitere Fachgebiete, weiter verbessert werden kann.

**B 918 Anstelle der 242. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft
 Ärzte/Ersatzkassen
 Beschlussfassungen zum 1. April 2009**

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

B 918 Die Arbeitsgemeinschaft beschließt zum 1. April 2009

1. Aufnahme eines Abschnitts 40.17 im Kapitel 40

40.17 Kostenpauschalen für die Verordnung der Palliativversorgung

Die Kostenpauschalen 40860 und 40862 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25 und/oder 26 abzurechnen.

40860	Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V	
	einmal im Behandlungsfall	25,00 €
40862	Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V	
	höchstens zweimal im Behandlungsfall	15,00 €

Protokollnotiz:

Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen 40860 und 40862 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 406 – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – auf der Ebene 6.

Gültig ab 1. April 2009

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

- einerseits -

und

der GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V folgendes:

A. Ergänzung des Bundesmantelvertrages– Ärzte (BMV-Ä) bzw. des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

In § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages–Ärzte und in § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen wird nach Satz 5 jeweils folgender Satz angefügt:

„Das Nähere zur Erbringung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Mitarbeiter in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen regeln die Vertragspartner in einer Anlage zu diesem Vertrag.“

B. Vereinbarung einer Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages–Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

Zu § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages–Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) wird folgende Anlage 8 vereinbart:

Vereinbarung

über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5

SGB V

(Delegations-Vereinbarung)

Inhaltsverzeichnis

<i>Abschnitt I - Ziel, Versorgungsinhalt und Geltungsbereich</i>	_____
Vorbemerkungen	_____
§ 1 Ziel	_____
§ 2 Versorgungsinhalt und -voraussetzungen	_____
§ 3 Patientengruppen	_____
§ 4 Ärzte und nicht-ärztliche Praxisassistentinnen	_____
<i>Abschnitt II - Versorgungsauftrag</i>	_____
§ 5 Versorgungsauftrag	_____
<i>Abschnitt III - Genehmigungspflicht und Qualifikationsvoraussetzungen</i>	_____
§ 6 Genehmigungspflicht	_____
§ 7 Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin	_____
<i>Abschnitt IV- Genehmigungsverfahren</i>	_____
§ 8 Genehmigungsverfahren	_____
§ 9 Inkrafttreten, Kündigung	_____

Vorbemerkungen

Die nachstehende Bezeichnung Praxisassistentin wird einheitlich und neutral für nicht-ärztliches Assistenzpersonal verwendet, das die Voraussetzungen des § 7 Satz 2 dieser Vereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Vertragsarztes erfüllt.

Die Vereinbarung ist Grundlage für das Erbringen und Abrechnen von Hilfeleistungen, die nicht-ärztliche Praxisassistentinnen auf Anordnung von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbringen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden die Auswirkungen der Einführung dieser Hilfeleistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab auf die Versorgung bis zum 31. Dezember 2011 fortlaufend analysieren und prüfen, inwieweit die Gesundheitsversorgung durch eine Änderung oder Erweiterung dieser Leistungen, ggf. auch auf weitere Fachgebiete, insbesondere der Kinderheilkunde, verbessert werden kann.

Abschnitt I - Ziel, Versorgungsinhalt und Geltungsbereich

§ 1 Ziel

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin gesichert werden soll. Diese Vereinbarung regelt den Geltungsbereich und definiert den Versorgungsauftrag und die Qualifikationsvoraussetzungen für die nicht-ärztliche Praxisassistentin, die angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Arztes erbringt.

§ 2 Versorgungsinhalt und -voraussetzungen

- (1) Zur Unterstützung von Ärzten im Sinne des § 73 Abs. 1a S. 1 Nrn. 1, 3, 4, 5 SGB V erfolgt nach dieser Vereinbarung die ärztliche Versorgung in Form ärztlich angeordneter Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen erbracht werden. Die Durchführung dieser Vereinbarung richtet sich nach den im Folgenden aufgeführten Bestimmungen.
- (2) Hilfeleistungen von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen dürfen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Ort der Leistungserbringung gemäß § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt hat.

§ 3 Patientengruppen

Diese Vereinbarung umfasst die Behandlung und Betreuung durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin des Arztes in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) es liegt mindestens eine schwerwiegende chronische Erkrankung gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte vor und der Patient hat in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet oder
- b) es liegt eine Erkrankung vor, die einer dauerhaften intensiven ärztlichen Betreuung bedarf (insbesondere Patienten mit Alters- und geriatrischen Erkrankungen) und der Patient hat in der Regel das 65. Lebensjahr vollendet oder
- c) es liegt eine akute schwerwiegende Erkrankung vor, die einer intensiven ärztlichen Betreuung bedarf; in diesem Fall ist die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin gesondert zu begründen

und

der Patient kann die Praxis des Arztes aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen aufsuchen.

§ 4 Ärzte und nicht-ärztliche Praxisassistentinnen

- (1) Ärzte im Sinne dieser Vereinbarung nehmen ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a S. 1 Nrn. 1, 3, 4 und 5 SGB V teil.
- (2) Die nicht-ärztliche Praxisassistentin, die gemäß den §§ 87 Abs. 2b Satz 5 und 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V im Auftrag des Arztes angeordnete Hilfeleistungen in Abwesenheit des Arztes in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen erbringt, muss in der Arztpraxis nach § 1a Ziffer 18 BMV-Ä/EKV angestellt sein und die Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 dieser Vereinbarung erfüllen.

Abschnitt II – Versorgungsauftrag

§ 5 Versorgungsauftrag

- (1) Das arztunterstützende Aufgabenprofil der nicht-ärztlichen Praxisassistentin kann folgende aufgeführte Hilfeleistungen umfassen, soweit sie im Einzelfall vom Arzt angeordnet und nicht durch andere nicht-ärztliche Leistungserbringer erbracht werden:
 - a) Ausführung von durch den Arzt angeordneten Hilfeleistungen, soweit diese an die nicht-ärztliche Praxisassistentin delegiert werden können,
 - b) standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung einschließlich standardisierter

- Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance,
- c) Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests (z. B. Durchführung von Uhrentests, von Timed up- and go-Test, Esslinger Sturzrisikoassessment),
 - d) Testverfahren bei Demenzverdacht; Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (Durchführung von DemTect-Test, Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Syndrom Kurztest (SKT), Mini-Mental-Status-Tests (MMST),
 - e) Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung,
 - f) Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG,
 - g) Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung),
 - h) arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.

Dem Arzt obliegt die Anleitungs- und Überwachungspflicht.

- (2) Hilfeleistungen nach dieser Vereinbarung können in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen erbracht werden. Sie dürfen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt die Leistung im Einzelfall in Bezug auf Patienten angeordnet hat, die er zuvor bezüglich derselben Erkrankung selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Leistungen, die Bestandteil des Versorgungsauftrags von Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen sind, können nicht angeordnet und nicht abgerechnet werden.

Abschnitt III - Genehmigungspflicht und Qualifikationsvoraussetzungen

§ 6 Genehmigungspflicht

Die Ausführung von angeordneten Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin sowie die Abrechnung dieser delegierten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen hat, dass seine nicht-ärztliche Praxisassistentin über

- a) einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin oder dem Krankenpflegegesetz und
- b) eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis und
- c) eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 dieser Vereinbarung

verfügt. Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.

§ 7 Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin

- (1) Die Zusatzqualifikation dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten, die die nicht-ärztliche Praxisassistentin aufbauend auf der jeweiligen Primärqualifikation befähigen müssen, Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des anordnenden Arztes zu erbringen. Die für den Erwerb der Zusatzqualifikation nachzuweisenden Fortbildungsmaßnahmen müssen eine theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation/Dokumentation, eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung in Notfallmanagement umfassen. Der Umfang der für die Zusatzqualifikation nachzuweisenden Stunden richtet sich nach der Dauer der bisherigen Berufstätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin.
- (2) Die theoretische und die praktische Fortbildung sowie die Fortbildung in Notfallmanagement gelten als nachgewiesen, wenn die nicht-ärztliche Praxisassistentin abhängig von der Dauer ihrer bisherigen Berufstätigkeit nach dem qualifizierten Berufsabschluss Fortbildungsmaßnahmen in folgendem zeitlichen Umfang nachweisen kann:

Dauer der Berufstätigkeit	Theoretische Fortbildung (Stunden)	Praktische Fortbildung (Stunden)	Notfallmanagement Erweiterte Notfallkompetenz (Stunden)
weniger als 5 Jahre	200	50	20
weniger als 10 Jahre	170	30	20
mehr als 10 Jahre	150	20	20

- (3) Die theoretische Fortbildung kann insbesondere durch Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach den Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer nachgewiesen werden. Sie muss folgende Inhalte umfassen:
 - a) Die Fortbildung „**Berufsbild**“ (mindestens 15 Stunden) hat das Ziel, das Berufsbild der nicht-ärztlichen Praxisassistentin im Kontext des deutschen Gesundheitssystems darzustellen. Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:
 - rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin,
 - demographische Entwicklung in Deutschland und deren Einfluss auf die Epidemiologie relevanter Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung,
 - Verfahrensabläufe und Instrumente im professionellen Handeln der nicht-ärztlichen Praxisassistentin.
 - b) Die Fortbildung „**medizinische Kompetenz**“ (mindestens 110 Stunden) dient, aufbauend auf den Grundkenntnissen der nicht-ärztlichen Praxisassistentin aus Ausbildung und bisheriger Berufstätigkeit, dem Erwerb von erweiterten und vertieften medizinischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Bezug auf häufig auftretende Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe aus dem hausärztlichen Behandlungsspektrum, insbesondere in Bezug auf

- nichtinfektiöse, infektiöse, toxische und neoplastische sowie auf allergische, metabolische, ernährungsabhängige und degenerative Erkrankungen, auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter,
- die Grundlagen der Tumorthherapie und der Schmerzbehandlung von Tumorpatienten,
- die Begleitung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten,
- geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter,
- psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge,
- ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung,
- die Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen,
- die Arzneimitteltherapie, deren Interaktionen und Nebenwirkungen, insbesondere bei geriatrischen Patienten,
- die Früherkennung von Gesundheitsstörungen und häuslichen Gefahrenpotentialen (z. B. Sturzprophylaxe),
- die Wundpflege, Wundversorgung und Behandlung von Dekubitus und auf
- die Grundlagen der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

sowie insbesondere in Bezug auf folgende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Grundlagen der Diabetikerbehandlung einschließlich strukturierter Schulungen,
- Elektrokardiogramm,
- Langzeit-EKG,
- Langzeitblutdruckmessung,
- Grundlagen der Infusionsbehandlung, enteralen und parenteralen Ernährung.

c) Die Fortbildung „**Kommunikation/Dokumentation**“ (mindestens 25 Stunden) dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Erweiterung der Sozialkompetenz der nicht-ärztlichen Praxisassistentin, der Fähigkeit zur selbständigen medizinischen Dokumentation sowie zur Kommunikation mit dem Arzt. Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:

- Wahrnehmung und Motivation von Patienten,
- Kommunikation und Gesprächsführung mit Patienten,
- Patienteninformation und -edukation,
- Kommunikation mit Angehörigen,
- Medizinische Dokumentation,
- Kommunikation mit dem Arzt.

Sofern die nicht-ärztliche Praxisassistentin über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens vier Jahre in diesem Beruf tätig war, reduziert sich die theoretische Fortbildung auf 80 Stunden.

(4) Die Praktische Fortbildung soll die nicht-ärztliche Praxisassistentin zur Anwendung des in der theoretischen Fortbildung Erlernten befähigen. Dazu begleitet die nicht-ärztliche Praxisassistentin Hausbesuche des Arztes in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen und übernimmt unter Aufsicht des Arztes Hausbesuche in der Häuslichkeit, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. Hausbesuche in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen im Rahmen von Modellvorhaben (z. B. AGnES) und im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen nach den Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer werden angerechnet. Sind in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung bereits selbständige Hausbesuche in der Häuslich-

keit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen entsprechend GOP 40240/40260 durchgeführt worden, werden diese mit jeweils 30 Minuten auf die Pflicht zur praktischen Fortbildung angerechnet.

- (5) Die Fortbildung in **Notfallmanagement** umfasst einen Kurs von mindestens 20 Stunden inklusive praktischer Übungen. Der Kurs soll insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen eingehen. Der Kurs ist alle drei Jahre zu wiederholen. Er soll insbesondere folgende Inhalte umfassen:
- Vitalparameter und deren Bedeutung,
 - Bewusstseinsgrade,
 - Vorgehen bei Bewusstlosigkeit, Herz- und Atemstillstand,
 - Notfallstressmanagement (Selbstkunde, Umgang mit Patienten und Angehörigen),
 - Notfallkunde (Wunden, internistische Notfälle, Traumatologie, Schädelhirntrauma, Medikamente, Schock),
 - Lagerungsarten,
 - Kenntnisse des Rettungsdienstes,
 - Praktischer Teil mit Übungen am Phantom.
- (6) Die Zusatzqualifikation muss durch erfolgreiche Teilnahme an einer Lernerfolgskontrolle nachgewiesen werden. Die Lernerfolgskontrolle muss bezüglich der medizinischen Kompetenz (Abs. 3 b) in schriftlicher Form erfolgen. Das Qualifikationsangebot muss von der Ärztekammer anerkannt sein.

Abschnitt IV – Genehmigungsverfahren

§ 8 Genehmigungsverfahren

- (1) Der Vertragsarzt hat die in § 7 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Nachweise dürfen bei Beantragung der Genehmigung nicht älter als fünf Jahre sein.
- (2) Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten. Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheiden die zuständigen Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (3) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn eine Voraussetzung gemäß § 2 Abs. 2 gegeben ist und aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen der nicht-ärztlichen Praxisassistentin hervorgeht, dass die in § 7 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Genehmigung ist auch zu erteilen, wenn nachgewiesen wird, dass mit der Fortbildung bereits begonnen wurde und zu erwarten ist, dass sie bis zum 31. Dezember 2010 abgeschlossen wird. Die Genehmigung ist auf fünf Jahre zu befristen. Im Fall des Satz 2 ist die Genehmigung bis zum voraussichtlichen Abschluss der Fortbildung zu befristen.
- (4) Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Abrechnungsvoraussetzung der Anstellung der nicht-ärztlichen Praxisassistentin bei dem beantragenden Arzt nicht mehr gegeben ist.
- (5) Der Arzt hat das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der nicht-ärztlichen Praxisassistentin gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

§ 9 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

**B 916 Anstelle der 240. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft
 Ärzte/Ersatzkassen**

Schriftliche Beschlussfassung zum 1. Juli 2009

**1. Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter dem Katalog der
 Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844**

*Die Gebührenordnungspositionen 32831 und
32836 sind nur in begründeten Einzelfällen neben
kulturellen Untersuchungen und/oder
Antigennachweisen zum Nachweis von CMV oder
Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.*

**2. Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter dem Katalog der
 Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32844**

*Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind
kulturelle Untersuchungen und/oder
Antigennachweise zum Nachweis von
Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.*

Gültig ab dem 1. Juli 2009