

Kleine Neuerung bei den Formularen

— Am 1. Juli 2018 ist die Bedruckung des Personalienfelds auf Formularen für Überweisungen, Verordnungen und Bescheinigungen geändert worden. Die Anpassung betrifft ausschließlich das Statusfeld, in dem künftig alle sieben Stellen bedruckt werden. Das heißt, dass bei Patienten, für die neben der Versichertenart keine weiteren Statusangaben vorliegen, nicht mehr nur die erste Stelle mit 1, 3 oder 5 bedruckt wird, sondern auch die anderen mit einer 0. Liegen weitere Statusangaben vor, werden diese entsprechend abgebildet (Tab. 1).

MMW-KOMMENTAR

Das Bedrucken bisher leerer Stellen hinter der Versichertenart mit dem Wert 0 soll Fehlern beim Einlesen von Formularen vorbeugen. Die von KBV und Krankenkassen beschlossene Änderung betrifft ausschließlich die Bedruckung – die Praxen müssen also keine neuen Formulare bestellen. Die Umstellung sollte mit dem Quartals-Update der Praxisverwaltungssysteme erfolgen.

Tab. 1 **Bedruckung des Statusfelds**

Es gibt insgesamt sieben Stellen. Die erste Stelle bezeichnet die Versichertenart. Die folgenden Stellen werden mit 0 oder, sofern weitere Statusangaben vorliegen, mit einer anderen Ziffer bedruckt.

Erste Stelle: „Versichertenart“		Vierte und fünfte Stelle: „DMP-Kennzeichnung“	
1	Mitglied	00	kein DMP-Kennzeichen
3	Familienversicherter	01	Diabetes mellitus Typ 2
5	Rentner	02	Brustkrebs
Zweite und dritte Stelle: „Besondere Personengruppe“		03	Koronare Herzkrankheit
		04	Diabetes mellitus Typ 1
00	keine besondere Personengruppe	05	Asthma bronchiale
04	Sozialhilfeempfänger (§ 264 SGB V)	06	COPD
06	Anspruch gemäß Bundesversorgungsgesetz (BVG)	Sechste und siebte Stelle: „Status-Kennzeichen“	
07	Sozialversicherungsabkommen, nach Aufwand		
08	Sozialversicherungsabkommen, pauschal	00	keine Angaben
09	Asylbewerber (§§ 4 und 6 AsylbLG)	01	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-Fall)
		02	Entlassmanagement-Fall
		03	Terminservicestellen-Fall (TSS-Fall)

„Antibiotika-Test“ mit PCT ist keine Pflicht

— Seit Juli 2018 können Vertragsärzte den Bluttest auf den Entzündungsmarker Procalcitonin (PCT) über den EBM abrechnen. Auch zur Erregeridentifizierung und zu Empfindlichkeitsprüfungen z. B. bei Gastroenteritiden und Harnwegsinfekten gibt es neue Leistungen. KBV und Krankenkassen hoffen, dass Antibiotika damit gezielter eingesetzt werden können, um die Zunahme resistenter Keime zu verhindern. Die Krankenkassen haben Gelder bereitgestellt.

MMW-KOMMENTAR

Eine solche Laboruntersuchung sollte immer dann veranlasst werden, wenn aufgrund kli-

nischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann. Ansonsten ist eine kalkulierte Antibiotikatherapie auch weiterhin ohne vorherige Labordiagnostik möglich. Fällt die Entscheidung für Labortests aus, überweist man den PCT-Test oder eine mikrobiologische Diagnostik zur Erregeridentifizierung und ggf. Empfindlichkeitsprüfung wie gewohnt mit dem Muster 10 an einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie.

Damit sich die Kosten nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis auswirken, wurde die neue Kennnummer 32 004 vereinbart. Sofern eine gesetzliche Meldepflicht für

den Erreger oder die Infektion besteht, kann alternativ auch die Kennnummer 32 006 angesetzt werden.

Mit den Änderungen im EBM soll die Deutsche Antibiotikaresistenz-Strategie „DART 2020“ unterstützt werden, laut der die Vertragsärzte insgesamt weniger Antibiotika verordnen sollen – und dabei möglichst die Finger von Reserveantibiotika lassen sollen. Dieses Ziel wurde 2017 im SGB V verankert. Der EBM soll daraufhin überprüft und ggf. ergänzt werden. Die Einführung der neuen Laborparameter ist damit zwar konform, geht aber am eigentlichen Ziel, solche Tests sofort vor Ort in der Praxis durchführen zu können, weit vorbei!