



ZIMMERMANN
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Ab Oktober wird die Verordnung von **Vorsorgekuren** einfacher

Die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter in der Kindererziehung erfolgt ab 1. Oktober 2018 auf einem neuen einheitlichen Formular. Zusätzlich gibt es auch ein neues Formular für das ärztliche Attest, das man für mitzubehandelnde Kinder ausstellt. Der Bewertungsausschuss hat in diesem Zusammenhang auch die Vergütung für das Ausstellen der neuen Formulare festgelegt.



Aktuell gibt es unterschiedliche Formulare für die Verordnung solcher Vorsorgeleistungen, die die Krankenkassen oder Anbieter der Vorsorgeleistungen (wie das Müttergenesungswerk) zur Verfügung stellen. Diese Formulare kann man nicht mit der Praxisverwaltungssoftware (PVS) bearbeiten.

Das neue Formular 64 vereinfacht die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, da man jetzt

für alle Patienten das gleiche Formular nutzen kann. Das Formular wird nun wie andere Formulare in der Praxis vorgehalten und kann per PVS oder Blankoformularbedruckung ausgefüllt werden. Diese Art von Vorsorgeleistung muss man aber weiterhin von der Rehabilitationsleistung unterscheiden, die man auf Muster 61 verordnet, wenn kein anderer Träger in

Betracht kommt (zum Beispiel Rentenversicherung).

Medizinische Vorsorge soll helfen, dem Entstehen sowie dem Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung entgegenzuwirken. Im Gegensatz dazu geht es bei einer Reha-Leistung im weitesten Sinne um die „Wiederherstellung“ der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Patienten.

Anders als bei einer Reha-Maßnahme für Mütter oder Väter müssen bei einer Vorsorgeleistung keine längerfristigen Aktivitätsbeeinträchtigungen bei der Mutter oder dem Vater von länger als sechs Monaten bestehen. Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, den spezifischen Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung entgegenzuwirken. Dies erfolgt mit stationären Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen.

Auf dem neuen Formular 64 kann man Leistungen der medizinischen Vorsorge allein für Mütter oder Väter, aber auch als Mutter- oder Vater-Kind-Leistung verordnen. Maßgebend für die Verordnung ist dabei ausschließlich die Indikation für die Mutter oder den Vater. Der Hausarzt kann auch eine Leistungsform empfehlen, beispielsweise nur eine Mütter-Leistung oder eine gemeinsame Mutter-Kind-Kur. Dabei kann er angeben, welches Kind mit aufgenommen werden soll.

Tab. 1: So wird das Ausfüllen der neuen Formulare ab 1. Oktober 2018 vergütet

EBM	Legende	Euro
01624	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß Paragraf 24 SGB V	22,37
01622	Ärztliches Attest Kind	8,84

Die bisherige Berechnung nach Nr. 01622 EBM entfällt in den Fällen, in denen man das neue Formular 64 ausfüllt. Die Finanzierung erfolgt aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und kann je nach regionaler Honorarverteilung (HVM) zu einer Budgetierung des Honorars führen.

ann rechnet ab

Weitere Angaben kann man auf dem neuen Formular 65 „Ärztliches Attest Kind“ eintragen, wenn bei der Vorsorgeleistung der Mutter oder des Vaters ein Kind dabei ist, das mitbehandelt werden soll. Sollen mehrere Kinder mit zur Kur fahren, muss man für jedes Kind ein solches Attest ausstellen.

Abrechnen können Hausärzte diese Leistung nach der Nr. 01622 EBM. Das neue Formular 65 kann man auch bei einer Reha-Verordnung für Mütter und Väter verwenden, wenn Kinder mitbehandelt werden sollen. Die Vergütung ist aus der Tabelle ersichtlich. Die Nr. 01624 EBM ist bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Zeitvorgaben mit einer Prüfzeit von 17 Minuten im Tages- und Quartalsprofil belegt.

Analyse: Kassen **werben** mehr

Nach einer Analyse des Media- und Marketingberatungsunternehmens „Ebiquity“ haben die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer 2017 ihre Werbeausgaben kräftig erhöht. Die Auswertung erfasst Werbung in TV, Print, Radio und Outdoor.



Insgesamt 90,1 Millionen Euro haben die Kassen demnach 2017 für Werbung ausgegeben. Spitzenreiter bei den gesetzlichen Kassen war die Barmer mit 12,3 Millionen Euro. Rechnet man allerdings die Ausgaben der einzelnen Ortskrankenkassen zusammen, kommen dort fast 19 Millionen Euro zusammen. Die Techniker Krankenkasse lag mit 9,5 Millionen Euro auf Platz drei, gefolgt von der DAK mit 8,1 Millionen Euro.

Aber auch die PKV hat kräftig die Werbetrommel gerührt. Die Hanse Merkur hat 18 Millionen Euro ausgegeben, die Ergo 12,7 Millionen Euro. Den größten Teil dieser Summen gaben die Kassen mit rund 57 Millionen Euro für TV-Werbung aus. 2015 waren es nur 22,1 Millionen Euro.

Extrakorporale Stoßwellentherapie bei **Fasciitis plantaris** wird Kassenleistung

Bei Patienten mit Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris kann künftig eine Überweisung zur ambulanten Behandlung mittels extrakorporaler Stoßwellentherapie (ESWT) ausgestellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat entschieden, dass die Behandlungsmethode eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist. Laut Beschluss darf man mit der ESWT innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung allerdings nur Patienten behandeln, die bereits über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten unter Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris leiden und dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität ein-

geschränkt sind. Während dieser Zeit müssen unterschiedliche konservative Therapieansätze versucht worden sein. In Betracht kommen pharmakologische Therapien, aber auch nicht-pharmakologische Maßnahmen wie Schonung, Dehnübungen und die Verordnung von Einlagen. Pro Krankheitsepisode darf man die ESWT bis zu dreimal erbringen. Die Krankheitsepisode umfasst das Kalendervierteljahr der ersten Sitzung sowie die drei darauffolgenden Quartale.



Hausärzte können Patienten zur ESWT an Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte für



Bei Fersenschmerz gibt es bald eine neue Leistung für GKV-Patienten.

Physikalische und Rehabilitative Medizin überweisen. Der G-BA-Beschluss tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Danach hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, um über die Vergütung zu entscheiden. Erst wenn das der Fall ist, können entsprechende Überweisungen ausgestellt werden.