

Leider kein Aprilscherz: Beim Reha-Antrag bleibt alles anders

— Ab dem 1. April 2016 entfällt das zweistufige Verordnungsverfahren zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten. Das Formular 60, der berühmte „Antrag zum Antrag“, wird abgeschafft. Die bisher erforderliche besondere Qualifikation

zum Ausfüllen eines Reha-Antrags ist dann nicht mehr erforderlich. Wer mangels Qualifikationsnachweis solche Anträge bisher nicht ausfüllen durfte, muss das nun tun. Die notwendigen Kenntnisse sollen über Informationsmaterialien und eine zertifizierte Online-Fortbildung vermittelt werden.

Für die Verordnung wird dann direkt das Formular 61 in einer angepassten Version benutzt. Es wird den Praxen nicht mehr von der Krankenkasse zugeschickt, sondern muss dort vorgehalten werden. Etwas mehr Stauraum sollte deshalb eingeplant werden, es sei denn, die Praxis nimmt am Blankoformularbedruckungsverfahren teil.

MMW-KOMMENTAR

Das bisherige „Vorformular“ existierte, damit die Kasse klären konnte, ob sie überhaupt die Kosten übernehmen muss, und nicht z. B. der Rentenversicherungsträger. Diese Abklärung



Dr. Gerd W. Zimmermann
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9
D-65719 Hofheim

wird nun Aufgabe des Vertragsarztes. Erinert uns das nicht an die Neufassung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen? Es ist der zweite Fall innerhalb kürzester Zeit, dass Aufgaben von Kassenangestellten in die Arztpraxen verlagert werden – völlig kostenlos, versteht sich.

Immerhin kann der Vertragsarzt die Zuständigkeit in Zweifelsfällen vorab von der Kasse klären lassen. Für solche Anfragen gibt es dann einen neuen Teil A des Formulars 61 („Beratung zu medizinischer Rehabilitation/Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“), mit dem auch eine Beratung des Patienten durch die Krankenkassen veranlasst wird. So gesehen wird das alte Formular 60 lediglich durch das neue Formular 61A ersetzt. Schilda lässt grüßen!

Weiterhin Bestand hat übrigens auch, dass das Honorar für das Ausfüllen solcher Formulare im Rahmen der Gesamtvergütung budgetiert ist und deshalb das Ausfüllen ggf. zum Nulltarif erfolgen muss. ■



© Gina Sanders / Fotolia

Überweisung zur Arthroskopie wird kniffliger

— Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass bestimmte Leistungen im Rahmen einer Arthroskopie nicht mehr zulasten der GKV berechnet werden dürfen, wenn eine zur Operation vorgesehene Gonarthrose vorliegt. Konkret sind das die Gelenkspülung (OPS-Code 5-810.0h), das Débridement, also die Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes und Materials (5-810.2h), Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken, die Entfernung freier Gelenkkörper inklusive osteochondraler Fragmente

(5-810.4h), die Entfernung periartikulärer Verkalkungen (5-810.5h), die partielle oder totale Synovektomie (5-811.2h und 5-811.3h), die Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel (5-812.0h), die partielle oder totale Meniskusresektion inklusive Meniskusglättung (5-812.5 und 5-812.6) und die Knorpelglättung (5-812.eh). Dieser Beschluss tritt am 1. April 2016 in Kraft.

MMW-KOMMENTAR

Zur Konkretisierung wurden nun aber Ausnahmen festgelegt, die sehr wohl über die

Kasse abgerechnet werden können. Dabei handelt es sich um Eingriffe aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist. Allerdings müssen die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die diagnostizierten Veränderungen an Synovialis, Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention auch zu beeinflussen sein. Künftig kommt es folgerichtig darauf an, bei einer Überweisung zur Arthroskopie die richtige Diagnose anzugeben. ■