

EU-Ausländer: Behandlung wird unbürokratischer

— Zum 1. Juli 2017 gibt es einige Änderungen beim Einsatz der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC), die KBV und GKV-Spitzenverband in der Anlage 20 des Bundesmantelvertrags-

Ärzte (BMV-Ä) vereinbart haben. Ab diesem Zeitpunkt entfällt das Muster 80 für die Dokumentation des Behandlungsanspruchs eines im europäischen Ausland Versicherten. Stattdessen reicht es künftig, wenn die Arztpraxis sich eine Kopie der EHIC bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung macht. Außerdem ist die Praxis ab Juli nicht mehr verpflichtet, den Identitätsnachweis des Versicherten – also Ausweis oder Reisepass – zu kopieren.

MMW-KOMMENTAR

Im Gegenzug wird ein neues Patientenformular mit der Bezeichnung „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ eingeführt, womit auch das alte Muster 81



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

entfällt, die „Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen“. Das neue Formular ist nicht mehr Teil der Anlage 2/2a BMV-Ä, sondern durch entsprechende Regelungen in der Anlage 20 BMV-Ä direkt in den Praxisverwaltungssystemen der Ärzte hinterlegt. Es kann bei Bedarf in einer von 13 Sprachen ausgedruckt und dem Patienten zum Ausfüllen überreicht werden.

Eine Änderung gibt es auch bei der Gültigkeit. Bisher mussten die Dokumentation des Behandlungsanspruchs und die Patientenerklärung quartalsweise ausgefüllt werden. Ab Juli decken die Formulare einen Zeitraum von vollen drei Monaten ab – man spricht auch von einem „gleitenden Quartal“. So werden doppelte Dokumentationen vermieden, wenn ein Patient kurz vor Quartalsende zum ersten Mal und dann noch einmal im Folgequartal in die Praxis kommt. ■

Künftig muss nur schnell die Versicherungskarte kopiert werden.



© Robert Kneschke / stock.adobe.com

So rechnet man Tape-Verbände korrekt ab

— In der Sportmedizin gehören Tape-Verbände zum Standard. Aber auch bei Verletzungen oder bei degenerativen Veränderungen werden sie eingesetzt. Im EBM steht für die Abrechnung eines fixierenden Verbands mit Einschluss mindestens eines großen Gelenks die Nr. 02 350 zur Verfügung. Sie ist mit 106 Punkten bewertet. Die Materialien müssen fixieren und dürfen nicht weiterverwendbar sein – möglich sind also z. B. Gips, Kunststoff und Tape, nicht aber Zinkleim. Auch für die Anwendung von Orthesen, die nicht anmodellierbar sind, ist die Nr. 02 350 ungeeignet.

Die Wiederanlage einer Gipsschiene hingegen ist nach Nr. 02 350 berechnungsfähig, wenn dabei mindestens ein großes Gelenk fixiert wird. Dazu zählen die Gelenke an Schulter, Ellenbogen, Hand, Knie und Fuß. Fixierende Verbände kleiner Gelenke sowie Verbände mit weiterverwendbaren Materialien über ein großes Gelenk sind nicht nach Nr. 02 350 berechnungsfähig.

Die Materialkosten können entsprechend Nr. I 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnet werden, sofern nicht ein Bezug auf Rezept oder als Sprechstundenbedarf möglich ist.

MMW-KOMMENTAR

Leider ist die Nr. 02 350 im hausärztlichen Bereich neben der Versichertenpauschale ausgeschlossen, sodass nur ein Ansatz im Bereitschaftsdienst möglich ist. Bei Privatpatienten dagegen kann ein Tape-Verband eines kleinen Gelenks nach Nr. 206 GOÄ abgerechnet werden (einfacher Satz: 4,08 Euro, 2,3-facher Satz: 9,38 Euro). Die Nr. 207 steht für den Tape-Verband eines großen Gelenks oder den Zinkleimverband zur Verfügung (5,83 bzw. 13,41 Euro). Wird ein Tape-Verband angelegt, der kein Gelenk umfasst, kommt die Nr. 201 infrage. In allen Fällen kommen die Kosten für das Material hinzu. ■