

Erstattung von Implantaten

Die Erstattung von Implantaten erfolgt im vertragsärztlichen Bereich primär über **EBM-Kostenpauschalen** (Kap. 40). So existieren z. B. für den Bereich der arthroskopischen Gelenkeingriffe derzeit drei Kostenpauschalen für Sachkosten (40750, 40752 und 40754). EBM Abschnitt 31.2.5 – Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien): Die Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bänderersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 Euro. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse als **gesonderte Sachkosten** abzurechnen.

Erstattungsfähige Implantate, die nicht in den Kostenpauschalen des EBM 2008 enthalten sind, werden entsprechend **Punkt 7.3 und 7.4 Allgemeine Bestimmungen des EBM** abgerechnet (Vgl. BVMed-Infokarte zur Sachkostenabrechnung).

Sonderregelungen

Weiterhin gibt es KV-spezifische **Sonderregelungen oder Zusatzverträge**, in denen andere Abrechnungsmodalitäten vereinbart worden sind. Z. B. im Gesamtvertrag der KV Mecklenburg-Vorpommern vom 12.12.2007 erfolgt die Abrechnung besonderer Sachkosten durch eine getrennte Verordnung auf den Namen des Versicherten. In der Verordnung müssen außerdem enthalten sein: Artikelbezeichnung, Artikelnummer des Herstellers und OPS-Code. Die Originalrechnung ist unbedingt beizufügen.

Eine weitere Möglichkeit sind **Strukturverträge** zwischen den KVen und Kostenträgern, in denen Pauschalen für den gesamten Eingriff inkl. Implantat festgelegt werden (z. B. Vertrag der KV Nordrhein).

Verordnungstipp

Um Belastungen des Richtgrößenvolumens zu vermeiden sind Arznei- und Verbandmittel einerseits und Hilfsmittel andererseits – sowohl in der Einzelverordnung als auch im Sprechstundenbedarf – auf getrennten Rezepten (Muster 16) zu verordnen.

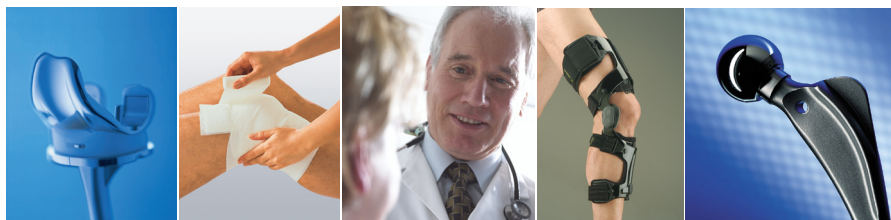
Vorschau

Die nächste Ausgabe informiert Sie u. a. über die Abrechnung von Medizinprodukten beim ambulanten Operieren im stationären und ambulanten Bereich.

Überblick über die EBM-Reform 2008

Seit dem 1. Januar 2008 gilt der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Die Punktzahlen stiegen im Vergleich zum alten EBM (2000plus) um durchschnittlich zehn Prozent. Da das Honorarvolumen 2008 budgetiert bleibt und sich das Wachstum in diesem Jahr noch ein letztes Mal ausschließlich an der geringen Steigerung der Grundlohnsumme orientiert, ist ein spürbarer Honoraranstieg erst 2009 möglich. Dann gibt es für alle Leistungen feste Punktwerte. Der kalkulatorische Arztlohn wurde bei einer 51-Stunden-Woche von derzeit 95.553 Euro auf 105.572 Euro pro Jahr erhöht. Damit wurde den Tarifierhöhungen für Mediziner im Krankenhaus Rechnung getragen. Auch die Mehrwertsteuererhöhung auf 19 Prozent wurde einbezogen. Grundle-

gende Änderungen gibt es ab 2009. Dann wird nicht mehr mit floatenden, sondern mit festen Punktwerten gearbeitet. Mit dem EBM 2008 wird die ärztliche Leistungsbewertung noch stärker pauschaliert als bisher. Auch der EBM 2008 ist in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Abrechnungsbereich unterteilt. Wesentliche Basis des EBM sind in Zukunft die Versichertenpauschalen der Hausärzte sowie die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen der Fachärzte. Daneben wurde eine Vielzahl von Zusatzpauschalen anstelle der bisherigen Behandlungskomplexe eingeführt, die den besonderen Aufwand vergüten sollen, der sich aus den konkreten Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen einer Arztpraxis ergibt.



Auswirkungen der Änderungen im EBM auf die Abrechnung von Medizinprodukten

Für die Abrechnung von Medizinprodukten gelten weiter alle bekannten und bisherigen Bestimmungen des EBM, so auch die „Allgemeinen Bestimmungen des EBM I/7.3“. Diese legen fest, welche Kosten in den Gebührenpositionen enthalten sind und welche nicht. Die Kosten des sog. Praxisbedarfs sind in den Gebührenpositionen enthalten. Das heißt, die Kosten für diese Materialien sind mit dem Honorar abgegolten und werden von der Praxis gekauft. Nicht in den Gebührenpositionen enthalten sind Kosten für Verbandmittel,

Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält. Welche das sind, ist über die jeweilige Sprechstundenbedarfsvereinbarung geregelt. Auch das Kapitel 40 (Kostenpauschalen), welches von den Bundesverbänden der Primärkassen und den Ersatzkassenverbänden zusätzlich vereinbart wird, hat keine Änderungen erfahren, die sich auf Verbandmittel oder Medizinprodukte allgemein beziehen.

Verordnung arzneimittelähnlicher Medizinprodukte

Zum 1. Juli 2008 gilt, dass Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind – ausgenommen Verbandmittel – in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden können. Dies legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen einer Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V fest. Bestehende diesbezügliche Regelungen werden damit konkretisiert. Derzeit ist der G-BA dabei, eine Ausnahmeliste (Anhang zur Arzneimittel-Richtlinie) zu erstellen. Die Verfahrensordnung befindet sich im Anhörungsverfahren. Alle Hersteller von arzneimittelähnlichen

Medizinprodukten sind vom G-BA aufgefordert, entsprechende Aufnahmeanträge zu stellen. Hierzu könnten bei bestimmten Indikationen beispielsweise Hyaluronsäure, isotonische Kochsalzlösung oder Citrate zählen. Der G-BA stellt klar, dass die Neuregelungen auch für entsprechende Medizinprodukte des Sprechstundenbedarfs gelten. Der G-BA weist explizit darauf hin, dass Verbandmittel von dieser Regelung ausgeschlossen sind, da die Verordnungsfähigkeit bereits über § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V abschließend geregelt ist. Siehe BVMed-Rechtsgutachten von RA Dr. Lücker vom 6. März 2008 unter www.bvmed.de (Publikationen – Hilfsmittel).