

MedTech ambulant № 03/10

27. Oktober 2010; Auflage: 1040 Stück

Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und sonstigen Leistungserbringern im ambulanten Bereich

§ 128 SGB V

Mit der 15. AMG-Novelle vom 23. Juli 2009 hat der Gesetzgeber die Regelungen des § 128 SGB V konkretisiert und ergänzt. Die Ausführungen zum Depotverbot bleiben unverändert. Informationen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V finden Sie in der **Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes vom 31. März 2009**.

Konkretisiert wurde § 128 Absatz 2 SGB V um folgende Punkte: Neben Vertragsärzten sind auch Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen von der Regelung der Vorteilsnahme oder Gewährung wirtschaftlicher Vorteile betroffen.

Hierunter versteht der Gesetzgeber auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür. Notwendige Schulungsmaßnahmen aus haftungsrechtlichen Gründen oder rechtlich vorgeschriebene Schulungen sind erlaubt, beispielsweise nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) oder der Medizinproduktebetrieberverordnung. Ebenso ist die Schulung von Patienten und Pflegepersonal in der häuslichen Anwendung von Medizinprodukten durch Leistungserbringer zulässig (z. B. Schwesternservice).

Anwendungsbereiche ausgeweitet

Absätze 1 bis 3 des § 128 SGB V beziehen sich jetzt auch auf die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, In-vitro-Diagnostika (z. B. Blutzuckerteststreifen), enterale Ernährung und arzneimittelähnliche Medizinprodukte.

Die Ausnahmeregelungen gelten entsprechend (§ 128 Abs. 6 SGB V). Die Regelung gilt für die Erbringung von Leistungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend.

Weitere Informationen zu den Neuregelungen des § 128 SGB V finden Sie im Newsletter 2/09 vom 3. Juli 2009 unter www.bvmed.de/publikationen/MedTechambulant/.

Rechte und Pflichten bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Den Vertragsärzten kommt eine entscheidende Rolle bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zu. Die Rechte und Pflichten der Ärzte sind in den Hilfsmittelrichtlinien, im Bundesmantelvertrag Ärzte und im Sozialgesetzbuch V geregelt. **Allgemeine Grundsätze zur Verordnung von Hilfsmitteln sind:** **1.** Die Vertragsärzte treffen die Verordnung, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln zukommen zu lassen. **2.** Eine Verordnung von Hilfsmitteln kann nur dann erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Versicherten überzeugt hat und seine Lebensumstände bekannt sind. **3. Der Vertragsarzt muss sich vergewissern, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt.** **4.** Bei der Verordnung von Hilfsmitteln sind die Grundsätze

von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Ggf. ist vor einer Verordnung zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann. **5.** Bevor ein Hilfsmittel wiederholt verordnet wird, muss geprüft werden, ob das bisher verwendete Hilfsmittel weiterverwendet bzw. instand gesetzt werden kann. Eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln kann nur dann verordnet werden, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder zweckmäßig ist. **6.** Die Entwicklung und damit zusammenhängende Erprobung von Hilfsmitteln zu Lasten der GKV ist unzulässig. **7.** Die Verordnung eines Hilfsmittels ist ausgeschlossen, wenn es Bestandteil einer neuen, nicht anerkannten Behandlungsmethode ist. (Quelle: **Hilfsmittel-Richtlinie in der Neufassung vom 16. Oktober 2008, in Kraft getreten am 7. Februar 2009**)

Inhalte der Verordnung

In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen. Unter Nennung der Diagnose (ICD 10) und des Datums sind insbesondere die Bezeichnung des Hilfsmittels (gem. Hilfsmittelverzeichnis), die Anzahl und ggf. Hinweise zur Zweckbestimmung oder Art der Herstellung zu benennen. Zusätzlich ist bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln der Versorgungszeitraum anzugeben. Bei der Verordnung eines Hilfsmittels ist entweder die Produktart oder die 7-stellige Posi-

tionsnummer anzugeben. Das Einzelprodukt wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge ausgewählt. Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische begründete Einzelproduktverordnung durchzuführen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Rechte und Pflichten der Krankenkassen

Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versicherten die Hilfsmittel auch leihweise zu überlassen. Eine Leistungsübernahme kann ggf. davon abhängig gemacht werden, ob sich der Versicherte im Gebrauch des Hilfsmittels schulen lässt. Grundsätzlich bewilligen Krankenkassen nur Hilfsmittelleistungen, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Es gilt dabei immer die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Unwirtschaftliche Leistungen dürfen Krankenkassen nicht genehmigen. Zur Überprüfung der Verordnung dür-

fen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragen. Der MDK ist als sozialmedizinisches Beratungs- und Begutachtungsorgan befugt, Hilfsmittelverordnungen im Auftrag der Krankenkassen zu überprüfen. Die Begutachtung bezieht sich dabei in erster Linie auf die Überprüfung der medizinischen Indikation, der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Zudem ist der MDK berechtigt, u. a. alternative Versorgungsmöglichkeiten sowie die Übereinstimmung der Verordnung mit der Lieferung unter Berücksichtigung von Funktionstauglichkeit, Zweckerfüllung und Passform zu prüfen.

Vorschriften für den verkürzten Versorgungsweg

Die Vorschriften für den verkürzten Versorgungsweg wurden verschärft. Hier dürfen Vertragsärzte nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufga-

ben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. Hinzu kommen u. a. weitere Hürden im Genehmigungsprozess (§ 128 Abs. 4 a und 4 b SGB V). Diese Regelung ist vor allem im Bereich der Hör- und Sehhilfen relevant.