

Erstattungsmöglichkeiten von Medizinprodukten in der GKV

Patientenbezogene Verordnungen

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind nach § 33 SGB V erstattungsfähig. Die Diagnose/Indikation ist auf dem Rezept anzugeben. Entsprechend der Hilfsmittelrichtlinien kann im Einzelfall produktspezifisch verordnet werden. Die Kostenübernahme darf nicht wegen fehlender Hilfsmittelnnummer von den Krankenkassen zurückgewiesen werden. Hilfsmittel sind extrabudgetär (nicht richtgrößenrelevant), deshalb sollte die Verordnung immer auf einem separaten Rezept erfolgen!

Verbandmittel

Verbandmittel sind Medizinprodukte und keine Arzneimittel. Hierzu zählen u. a. Pflaster, Wundauflagen, Kompressionsverbände und notwendiges Fixierungsmaterial. Obwohl Verbandmittel nicht der Verschreibungspflicht unterliegen, sind sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig (§ 31 SGB V). Weiterführende Informationen finden Sie auf der BVMed-Infokarte „Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln“ (www.bvmed.de/Publikationen) sowie im Servicekapitel „Der wunde Punkt“ in der Gelben Liste (www.gelbe-liste.de).

Arzneimittel

Erstattungsfähig durch die GKV sind grundsätzlich nur verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 31 SGB V). Ausnahme besteht bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine indikationsbezogene Liste derjenigen nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel/-gruppen erstellt, die weiterhin in die Erstattungspflicht der GKV gehören. Diese so genannte OTC-Liste wird kontinuierlich überarbeitet. Aktueller Stand: www.g-ba.de/downloads/38-254-17/AMR-OTC-2007-07-19.pdf.

Hinweis

Bei allen Leistungen ist das Wirtschaftslichkeitsgebot zu beachten!

Vorschau

In der nächsten Ausgabe informieren wir Sie über den EBM 2008 und seine Auswirkungen auf die Erstattung/Abrechnung von Medizinprodukten.

Abrechnungsmöglichkeiten:

- :: EBM-Ziffer/Praxisbedarf
- :: EBM-Sachkostenpauschalen/Kapitel 40
- :: Gesonderte Sachkostenabrechnung

:: Sprechstundenbedarf

- :: Patientenbezogene Verordnungen (Einzelverordnung Verbandmittel/Hilfsmittel)



Praxisbedarf

Der allgemeine Praxisbedarf ist in der EBM-Ziffer integriert, jedoch nicht näher differenziert aufgeführt. D. h. der Arzt muss diesen aus seinem Honorar selbst bestreiten. Eine genaue und detaillierte Berechnung und Übersicht ist nicht möglich, daher werden 11 relevante Basiswerte zu Grunde gelegt, die zur Kalkulation der

Honorarmodule im EBM 2000plus dienen. Die Grundlage bilden folgende Basiswerte: Materialkosten, Personalkosten, Miete Praxisräume, Miete Geräte/Leasing, Energiekosten, Versicherungsprämien, Fremdkapitalzinsen, Fortbildungskosten, Kosten für geringwertige Wirtschaftsgüter, Abschreibungen, sonstige Kosten.

Leistungsbezogene Sachkostenpauschalen

Mit der Einführung des EBM 2000plus wurde gleichzeitig das Sachkostenkapitel 40 im EBM eingeführt. Derzeit enthält das Kapitel u. a. leistungsbezogene Sachkostenpauschalen für folgende Therapien: Herzkatheteruntersuchungen und koronare Rekanalisationsbehandlungen (40.6), interventionelle Eingriffe (40.8), Radionuklide (40.10), endoskopische Gelenkeingriffe inklusiv Arthroskopielösungen (40.13), Behandlung mit renalen Ersatz-

verfahren und extrakorporalen Blutreinigerungsverfahren (40.14), Strahlentherapie (40.15), Mammographie-Screening (40.16). Um genau zu wissen, welche Materialien mit der Pauschale abgegolten sind, sollte sich der abrechnende Arzt unbedingt bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung erkundigen! Es ist davon auszugehen, dass das Kapitel sukzessive durch den Bewertungsausschuss aktualisiert, ergänzt und erweitert wird.

Gesonderte Sachkostenabrechnung

Diese Abrechnungsform greift immer dann, wenn es eine abrechenbare Leistungsziffer im EBM gibt und alle anderen Abrechnungsformen (Praxisbedarf, Sachkostenkapitel 40, Sprechstundenbedarf, Einzelverordnung für Verband- und/oder Hilfsmittel) ausgeschlossen sind. Die Abrechnungsmodalitäten variieren je nach Kassenärztlicher Vereinigung (KV). So erfolgt die Abrechnung in einigen KV-Bereichen direkt mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten und in anderen wiederum direkt mit der KV. Die

KV kann in diesen Fällen eine Bearbeitungsgebühr erheben. Der Arzt hat die Möglichkeit, seinen Vergütungsanspruch über eine Abtretungserklärung an Dritte (z. B. Lieferanten) abzutreten. Eine Vorabinformation zum Abrechnungsprozedere bei der KV ist empfehlenswert. BVMed-Informationen zur Sachkostenabrechnung finden Sie unter: www.bvmed.de/themen/Arztpraxis/article/Sachkostenabrechnung_von_Medizinprodukten_in_der_vertragsaerztlichen_Versorgung.html.

Sprechstundenbedarf

Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Patienten im Rahmen der Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Patienten zur Verfügung stehen müssen, sind grundsätzlich Sprechstundenbedarf (SSB). Der Umfang des Sprechstundenbedarfs muss den Bedürfnissen der Praxis entsprechen und in einem angemessenen Verhältnis

zur Zahl der Behandlungsfälle stehen. Nur die in der jeweils gültigen SSB-Vereinbarung aufgeführten Produktgruppen sind im Rahmen des SSB verordnungsfähig.

Hinweis: Hilfsmittel die über den SSB verordnet werden, sind nicht richtgrößenrelevant. Daher sind auf dem Rezept (Muster 16) die Felder „7“ und „9“ anzukreuzen.