

Informationen für Ärzte

GKV-OrgWG

Auswirkungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung auf medizinische Hilfsmittel

GKV-OrgWG - Die Auswirkungen

Am 1. Januar 2009 treten wesentliche Teile des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ in Kraft.

Damit Sie bei den zahlreichen Änderungen den Überblick behalten, haben wir für Sie die wichtigsten Auswirkungen dieses Gesetzes auf die Versorgung mit **medizinischen Hilfsmitteln** zusammengestellt:

Präqualifizierungsverfahren (§ 126 Abs. 1a SGB V)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die bislang gültige, durch die jeweilige Ausbildung der Leistungserbringer bedingte Zulassung zur Versorgung abgeschafft. An deren Stelle tritt nun ein Präqualifizierungsverfahren, dessen Inhalte bis 30. Juni 2010 vom GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringerverbänden erarbeitet werden. Die Leistungserbringer, also z.B. Sanitätshäuser, Orthopädie-Schuhtechniker und Apotheken, die künftig die Patienten mit Hilfsmitteln versorgen wollen, müssen dann auf diesem Weg nachweisen, dass sie standardisierte Voraussetzungen erfüllen, um Vertragspartner der Kassen zu werden.

Verlängerung der Übergangsfrist (§ 126 Abs. 2 SGB V)

Bis 30. Juni 2010, also bis das Präqualifizierungsverfahren installiert ist, gilt für alle Leistungserbringer mit alter Zulassung, dass sie die für die Hilfsmittelversorgung erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Außerdem bleiben sie bis 31. Dezember 2009 auch ohne individuellen Vertrag versorgungsbe-rechtigt. Ab 1.1.2010 sind zur Versorgung mit Hilfsmitteln zusätzlich zur Präqualifizierung Verträge mit den Krankenkassen erforderlich. Nur in den Fällen, in denen die Krankenkassen die Versorgung mit Hilfsmitteln ausschreiben, dürfen einzelne „Losgewinner“ weiterhin exklusiv Patienten mit den erfassten Produkten versorgen.

Ausschreibungen (§ 127 Abs. 1 SGB V)

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

galt, dass die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln ohne hohen Dienstleistungsanteil vorrangig über Ausschreibungen schließen mussten. Die neue Regelung räumt den Krankenkassen nun die Möglichkeit ein, selber zu entscheiden, ob sie ausschreiben wollen. Sie können, müssen aber nicht.

Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen (§ 127 Abs. 1a SGB V)

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz war für Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil und individueller Fertigung eine Ausnahme von der Ausschreibungspflicht vorgesehen. Welche Hilfsmittel unter diese Ausnahmeregelung fallen, wurde aber nicht definiert. Deshalb werden der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände bis 30. Juni 2009 nun gemeinsam Empfehlungen erarbeiten, welche Hilfsmittelversorgungen auf gar keinen Fall ausgeschrieben werden sollen.

Beitrittsrecht (§ 127 Abs. 2a SGB V)

Damit nicht willkürlich Leistungserbringer von der Versorgung ausgeschlossen werden, haben zukünftig alle Leistungserbringer die Möglichkeit, Verträgen mit den Krankenkassen beizutreten. Das gilt allerdings nicht für Verträge, die auf Ausschreibungen beruhen.

Informationspflicht der Krankenkassen (§ 127 Abs. 2 SGB V)

Die Krankenkassen müssen die Leistungserbringer auf Nachfrage über die Inhalte abgeschlossener Verträge informieren.

Hilfsmitteldepots (§ 128 SGB V)

Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots von Vertragsärzten ist nun ausdrücklich durch das Sozialgesetzbuch verboten. Einzige Ausnahme: Notfallversorgungen. Außerdem dürfen Ärzte an der Hilfsmittelversorgung nicht beteiligt werden, sofern mit Abgabe oder Verordnung Entgelte oder sonstige wirtschaftliche Vorteile für sie verbunden sind. Eine Verletzung der Regelungen des § 128 SGB V kann empfindliche berufsrechtliche Konsequenzen haben.

Zu den **medizinischen Hilfsmitteln** zählen unter anderem:

- medizinische Kompressionsstrümpfe
- Geräte zur intermittierenden pneumatischen Kompression
- Anziehilfen für Kompressionsstrümpfe
- Bandagen
- Orthesen
- Orthopädische Einlagen
- Maßschuhe und Therapieschuhe
- Prothesen

Übrigens:

Die Verordnung von Hilfsmitteln **belastet Ihr Arznei- und Heilmittelbudget nicht**. Hilfsmittel sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung **verordnungsfähig** (§ 33 SGB V).

Die Krankenkasse kommt bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises, der für das Hilfsmittel festgelegt ist, für die Kosten auf. Patienten über 18 Jahre müssen einen Betrag von 10 Prozent dazuzahlen. Dieser gesetzliche **Zahlungsbetrag** ist begrenzt auf mindestens 5 und höchstens 10 Euro. Die Untergrenze gilt nicht bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind. (Stand Januar 2009)

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

eurocom e.V., August-Klotz-Str. 16d, 52349 Düren

Tel.: 0 24 21/95 26 52, Fax: 0 24 21/95 26 64

Mail: info@eurocom-info.de, www.eurocom-info.de