

HEIL- UND HILFSMITTELVERSORGUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

FREIBURG, DEN 03.04.2014

Kai Labenski



armedis
RECHTSANWÄLTE

IM BRENNPUNKT: ORTHESEN UND BANDAGEMATERIAL

- Die Erwartungshaltung der **Barmer-GEK**:
- Aus dem Heil- und Hilfsmittel erwartet die **Barmer-GEK** Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von ca. **11.7 Mio Euro** der bei ihr Versicherten Patienten p.a.



VORGEHENSWEISE DER **BARMER-GEK**

■ Aus der Gegenüberstellung der Verordnungen mit Einführung der Produktgruppe 23

1. ziehe man den Schluss der Regelmäßigkeit
2. man unterstelle, dass dies ohne medizinischen Grund erfolgt, **weswegen** es auch – nach Auffassung der Barmer-GEK , keiner Prüfung durch den MDK bedarf.
3. man verrechnet die angeblichen Überzahlungen mit laufenden Leistungsvergütungen zum Landesvertrag gem. § 112 SGB V indem man man unterstellt, dass es sich um „Doppelvergütungen“ der bereits nach dem KHentgG vergüteten allg. Krankenhausleistungen handelt.



■ **6.2 Versorgungsanalyse: Bandagen und Orthesen in der BARMER GEK**

- **Im Jahr 2011 erhielten etwa 504.000 Versicherte der BARMER GEK Orthesen oder Bandagen. Bei Ausgaben von zusammen rund 77 Mio. Euro entfallen damit durchschnittlich 45 Euro auf jeden Leistungsversicherten. Mit 65 % ist der überwiegende Anteil der Leistungsversicherten weiblich. Die höchste Versorgungsprävalenz findet sich mit 9,1% bei Frauen zwischen 70 und 79 Jahren (s. Abbildung IV.18). Sowohl bei Männern wie auch bei Frauen zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit in der Versorgung, wobei in den letzten Jahren vor allem die mittleren Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren die größten Steigerungen in der Versorgung mit Bandagen und Orthesen aufweisen.**

AUS DEM HEIL-UND HILFSMITTELREPORT 2012

SEITE 155

- **Während im Zuge der Umstrukturierungen in den Produktgruppen Orthesen und Bandagen und dem damit verbundenen „Umzug“ der Orthesen in die neu entstandene Produktgruppe 23 die Anzahl der Verordnungen für Bandagen zwischen 2009 und 2011 rückläufig ist, werden im selben Zeitraum deutlich mehr Orthesen verordnet. Für beide Gruppen zusammen stieg innerhalb der letzten Jahre die Anzahl der Verordnungen von 59 auf 66 pro 1.000 Versicherte.**
- **Rückläufig sind innerhalb dieses Zeitraums auch die Ausgaben für Bandagen (von 4,4 auf 3,8 Mio. Euro pro 1.000 Versicherte). Die Ausgaben für Orthesen stiegen jedoch um 30% (von 3,5 auf 4,6 Mio. Euro pro 1.000 Versicherte).**

AUS DEM HEIL-UND HILFSMITTELREPORT 2012

SEITE 157

- **Wie in anderen Leistungsbereichen finden sich auch bei der Versorgung mit Bandagen und Orthesen regionale Unterschiede, die Fragen hinsichtlich der Versorgungspräferenzen lokaler Kliniken und Ärzte aufwerfen.**
- **Dabei zeigen einige ostdeutsche Bundesländer wie Mecklenburg-Vorpommern (LV pro 1.000 Einwohner), Sachsen-Anhalt (2 LV pro .000 Einwohner) und Brandenburg (2 LV pro 1.000 Einwohner) die niedrigsten standardisierten Versorgungsraten. An führender Stelle stehen die Länder Bayern und Hessen (jeweils 22 LV pro 1.000 Einwohner).**

- **Seit der Einführung der Produktgruppe „Orthesen/Schienen“ im Jahr 2008 und der Fortschreibung der Produktgruppe „Bandagen“ ist die Anzahl der mit Bandagen versorgten Patienten rückläufig. Sowohl für Männer als auch für Frauen ist diese Tendenz zwischen 2009 und 20 nach alters- und geschlechtsstandardisierten Ergebnissen erkennbar. Der umgekehrte Trend zeigt sich in der Versorgung mit Orthesen. Hier könnten neben den Effekten der Produktgruppenfortschreibung auch Entwicklungen der Hersteller ausschlaggebend sein. Während der Markt der Bandagen sich mit Billigangeboten bei Discountern sehr in den Selbstzahlerbereich verlagert hat, bleibt die Versorgung mit Orthesen vorwiegend eine ärztlich verordnete Leistung zu Lasten der GKV.**

DIE SUCHE NACH DEM ...



GUILT DOG

Thinking about past mistakes.



BARMER GEK · Postfach 507 · 30155 Hannover

Landesgeschäftsstelle

Niedersachsen/Bremen

Ihre Gesprächspartner

Bereich Krankenhaus

Telefon

Telefax

Stephan Freitag

0800 332060 56-306

0800 332060 56-329

Bereich Hilfsmittel

Telefon

Telefax

Marion Schmutzler

0800 332060 56-303

0800 332060 56-329

Datum

29.08.2013

Verordnung und Abgabe von Hilfsmitteln während stationärer Behandlung



Seite 2 zum Schreiben vom 29.08.2013

Die uns entstandenen Kosten sind jedoch bereits mit den Behandlungskosten für den stationären Aufenthalt abgegolten. Somit handelt es sich bei den Kosten für die durch die Sanitätshäuser in Rechnung gestellten Hilfsmittel um eine Doppelfinanzierung.

Eine Aufstellung der bisher von uns geprüften Fälle erhalten Sie anbei. Die Prüfung erfolgte im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen (vier Jahre) für 2009 bis 2012. Eine weitere Prüfung der Verordnungen bzw. Abrechnungen des laufenden Jahres und eine damit verbundene weitere Rückforderung behalten uns ausdrücklich vor.

Vor diesem Hintergrund fordern wir den sich aus der Prüfung der von Ihnen ausgestellten Verordnungen ergebenden Betrag in Höhe von  zurück.

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb von 14 Tagen unter Angabe des Zeichens: LGS Hilfsmittel auf nachfolgende Bankverbindung:

SEB Hannover
1003008000
BLZ 25010111

Bitte gestatten Sie uns an dieser Stelle den Hinweis, dass unsere Forderung nur Kosten für Hilfsmittel enthält, die in direktem Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehen (z. B. Verbandsschuhe, Gipsersatzende- / Ruhigstellungsbandagen, Schienen, usw.). Hilfsmittel die regelhaft der Entlassung dienen wie z. B. Rollstühle, Toilettensitzerhöhungen / -stühle,

EINE RECHTLICHE BEWERTUNG

- **Für den in stationärer Behandlung befindlichen Versicherten ist zur Beurteilung der Frage der Kostenträgerschaft zu klären, ob die von dem Patienten benötigten Hilfsmittel als Hilfsmittel zur Sicherung des Heilbehandlungsverlaufes im allgemeinen oder (nur) zur Unterstützung des Heilbehandlungsverlaufes während des stationären Aufenthaltes erforderlich sind, mithin unter die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 des KHEntgG zu subsumieren sind.**
- **Maßgeblich für die Abgrenzung ist hierbei die Vorschrift des § 39 SGB V, wie von der Barmer GEK zitiert, sowie die Regelung des § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG sowie § 2 Bundespflegesatzverordnung.**

■ **§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V lautet insofern:**



- **„Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere die ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.“**

- **In Übereinstimmung hiermit legen § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG sowie § 2 Bundespflegesatzverordnung fest, dass die Krankenhausleistungen, insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege sowie die
 - *„... Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind“***

- **In den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sind.**

- **Nach dem klaren Wortlaut der vorbenannten Vorschriften gilt die Kostenübernahmeverpflichtung der Krankenhäuser aber nur dann, wenn die Leistungserbringung für die medizinische Versorgung im Krankenhaus erforderlich und hierfür verantwortlich ist.**

- **Getragen wird dies von der amtlichen Begründung des Verordnungsgebers zu § 2 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung, der gleichlautend in § 2 Abs. 1 Satz 1 des KHEntgG übernommen wurde:**

- - ***„Abs. 1 Satz 1 stellt entsprechend der Abgrenzung der Krankenhausbehandlung in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V klar, dass auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zur Krankenhausleistung gehört, soweit sie für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln für den Zeitraum nach der voll- oder teilstationären Behandlung gehört nicht dazu“***

- **Entsprechende Regelungen sind auch in den Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wie z. B. in § 17 Abs. 3 (Hilfsmittel) des Landesvertrages in Nordrhein-Westfalen explizit geregelt, der ausführt:**



- **„§ 17 Abs. 3:**

- Werden Hilfsmittel außerhalb der eigentlichen Krankenhaustherapie und weiter nach der Entlassung benötigt, sind sie nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung.“***

- **Auch aus dem Landesvertrag zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V des Landes Thüringen lässt sich dort in § 15 Abs. 2 entnehmen:**

- **„§ 15 Abs. 2:**

- Heil- und Hilfsmittel gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, soweit sie während der Krankenhausbehandlung benötigt werden (...).“*

- **Nach dem Landesvertrag in Brandenburg wird explizit entsprechend der Begründung des Gesetzgebers zu § 2 Bundespflegesatzverordnung ausgeführt:**



- **„§ 14 Abs. 1**

- Heil- und Hilfsmittel für die Zeit nach Abschluss der voll- (einschließlich einer sich daran anschließenden nachstationären) und teilstationären Krankenhausbehandlung zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, entsprechende Verordnungen gehen gesondert zu Lasten der Kostenträger.“*

- **Aus der Begründung des Gesetzgebers zu § 2 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung und dem gleichlautend nachfolgenden § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG sowie der diversen Regelungen auf Landesebene folgt, dass eine gesonderte Verordnung zu Lasten der GKV nur dann ausgeschlossen ist, wenn die Versorgung des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes unter Berücksichtigung des dem SGB V innewohnenden Wirtschaftlichkeitsprinzips zu verordnen ist.**
- **Wird dem Versicherten zum Schluss seines Krankenhausaufenthaltes ein Hilfsmittel verordnet, welches in erster Linie für die Zeit nach Entlassung benötigt wird, so erfolgt die Versorgung und Verordnung zu Lasten der GKV und unterfällt nicht als allgemeine Krankenhausleistung der kalkulierten DRG.**

- **Empfehlung an die Mandantschaft:**
- **Um für die nun aufkommenden Streitigkeiten zwischen der GKV und den Leistungserbringern auch im Hinblick auf die Dokumentation eine klare Argumentationslage zu haben, sollte durch die verordnenden Ärzte sicher gestellt werden, dass eine Differenzierung in der Verordnung dergestalt erfolgt, dass aus der Dokumentation der Verordnung (Rechtfertigung) hervorgeht, ob es sich um eine Verordnung handelt, die den Heilbehandlungserfolg und -verlauf nach der stationären Behandlung und den Zeitraum nach Entlassung aus der stationären Behandlung betrifft und es sich damit um ein Heil- und Hilfsmittel handelt, welches nicht nur zur Therapie während des Krankenhausaufenthaltes erforderlich ist.**
- **Und: nach Prüfung der Verordnungen bei Verrechnung KLAGEN!**